

SCHEDA DI ATTIVAZIONE ASSISTENZA DOMICILIARE RESIDENZIALE (ADR)

SCHEDA DI ATTIVAZIONE ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA (ADP)

Medico Proponente Dott.:						
SEGNALAZIONE/RICHIESTA DI ATTIVAZIONE proveniente da:						
MMG/PLS		Ospedale (dimissione protetta)				
Hospice (dimissione protetta)		Paziente e/o Familiare				
UVM (multidimensionale)		Strutture residenziali				
OSCO		Servizi sociali				
Medico specialista		Ambulatorio CP				
DATI PAZIENTE						
Cognome			Nome			
Lugo di nascita			Data di nascita			
Codice fisc.			Sesso		F M	
Stato civile	celibe/nubile		coniugato/a		vedovo/a	
	separato/a		divorziato/a		non dichiarato	
Componenti nucleo familiare (escluso l'assistito e l'eventuale assistente convivente):					n.	
È presente assistente non familiare			Sì	NO		
Residenza			Se ADR: Indicare denominazione ed indirizzo della Struttura			
Domicilio di assistenza (se diverso dalla residenza)						
Recapito telefonico						
Nel caso di pazienti minori indicare chi ha responsabilità genitoriale (solo una alternativa)		Materna	Paterna	Condivisa	Da tutore	Struttura Pubblica o convenzionata
MOTIVAZIONE DELLA PROPOSTA DI ATTIVAZIONE ADI						
Impossibilità permanente a deambulare (es: portatori di protesi agli arti inferiori con gravi difficoltà a deambulare)						
Impossibilità ad essere trasportato con mezzi comuni (es: paziente non autosufficiente o abitante in un piano alto e senza ascensore)						
Impossibilità ad essere trasportato per gravi patologie con necessità di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione soci ambientale che al quadro clinico) quali: - insufficienza cardiaca in stato avanzato - insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale - arteriopatia obliterante degli arti inferiori con grave limitazione - forme gravi di cerebropatie o cerebrolesioni - tetraplegia						
Patologia prevalente ICD IX						
Patologia/e concomitanti/e/i						
Accessi proposti MMG:	Settimanali num.		Quindicinali	Mensili	Data richiesta	
Programma assistenziale condiviso in cartella ai sensi della legge 219/2017:					SI	NO
Breve sintesi programma:						

SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE dell'assistito/a:		
Autonomia nelle attività quotidiane	Autonomo	Parzialmente dipendente

<i>(alimentazione, igiene personale, vestirsi, uso del bagno)</i>	Totalmente dipendente	
Grado di mobilità	Si sposta da solo (anche con l'aiuto di ausili)	
	Si sposta assistito	Non si sposta
Presenza di disturbi cognitivi (<i>delirio, agitazione, ansia, disinibizione, attività motoria aberrante</i>)	Assenti o lievi	
	Moderati	Gravi
Presenza di disturbi comportamentali	Assenti o lievi	
	Moderati	Gravi
Supporto sociale (<i>famiglia, vicini, volontariato, privati con oneri a carico della famiglia</i>)	Presente	
	Parziale / temporaneo	Non presente
Presenza di fragilità familiare	SI	NO
Lesioni cutanee per <u>patologie correlate</u>	SI	NO
Rischio di sanguinamento acuto	SI	NO
BISOGNI RILEVATI (croccettare ill/i solo/i bisogno/i rilevato/i)		

	Rischio infettivo		E.C.G
	Bronco aspirazione-drenaggio posturale		Telemetria
	Ossigenoterapia		Terapia sottocutanea/intramuscolo/infusione
	Ventiloterapia		Gestione catetere centrale
	Tracheotomia		Trasfusioni
	Alimentazione assistita		Controllo del dolore
	Alimentazione enterale		Bisogni assistenziali per terminalità oncologica
	Alimentazione parenterale		Bisogni assistenziali per terminalità non oncologica
	Gestione della stomia		Trattamento riabilitativo neurologico
	Manovre per l'eliminazione urinaria/intestinale		Trattamento riabilitativo ortopedico
	Assistenza per l'alterazione sonno/veglia		Trattamento riabilitativo di mantenimento
	Interventi di educazione terapeutica		Supervisione continua di utenti con disabilità
	Cura di ulcere cutanee di I e II grado		Assistenza nelle IADL per utenti con disabilità
	Cura di ulcere cutanee di III e IV grado		Assistenza nelle ADL per utenti con disabilità
	Prelievi venosi non occasionali		Supporto al care giver

Data di valutazione

Timbro e firma del medico

RISERVATO ALLA AUSL: SINTESI DEL PAI (Programma assistenziale concordato)	
Accessi MMG : S Q M	Consulti con specialisti:
Assistenza Infermieristica: accessi / mese n°:	
Assistenza sociale di base a rilievo sanitario n. ore settimanali:	
Prestazioni aggiuntive:	Altro:
Data attivazione	Firma R.O.A.D
Data scadenza	