

AL DIRETTORE U.O.C. CURE PRIMARIE
ATTIVAZIONE ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA

Richiesta di assistenza domiciliare a favore di:

- 1) Assistito CF:
- 2) nato il residenza:
- 3) Cittadinanza: Italiana stato civile Componenti Nucleo familiare n°
- 4) Assistente non familiare 01 02 03 Titolo di studio
- (LEGENDA: 01 presente con funzioni di caregiver; 02 presente senza funzioni di caregiver; 03 non presente)

5) DIAGNOSI PREVALENTE E (Codice ICPC)

6) DIAGNOSI CONCOMITANTE (Codice ICPC)

PROBLEMI DI SALUTE/BISOGNI ASSISTENZIALI (Cod. Reg.)

Profilo Cognitivo	<input type="checkbox"/> 1 Lucido	<input type="checkbox"/> 2 Confuso	<input type="checkbox"/> 3 Molto confuso, stuporoso
Disturbi Comportamentali	<input type="checkbox"/> 1 Assenti/Lievi	<input type="checkbox"/> 2 Moderati	<input type="checkbox"/> 3 Gravi
Profilo Funzionale	<input type="checkbox"/> 1 Autonomo o quasi	<input type="checkbox"/> 2 Dipendente	<input type="checkbox"/> 3 Totalmente dipendente
Profilo Mobilità	<input type="checkbox"/> 1 Si sposta da solo	<input type="checkbox"/> 2 Si sposta assistito	<input type="checkbox"/> 3 Non si sposta
Profilo socio-assistenziale	<input type="checkbox"/> 1 Ben assistito	<input type="checkbox"/> 2 Parzialmente assistito	<input type="checkbox"/> 3 Non sufficientem. assistito

Barrare con X il livello prescelto (1, 2, 3)

6) MOTIVI DELL'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO

- Impossibilità permanente a deambulare
- Impossibilità ed essere trasportato in ambulatorio con mezzi propri
- Impossibilità per gravi patologie che necessitano di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico, quali:
- Insufficienza cardiaca in stadio avanzato
 - Insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale
 - Arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stadio avanzato
 - Gravi artropatia degli arti inferiori con grave limitazione funzionale
 - Cerebropatici e cerebrolesi
 - Paraplegici e tetraplegici
 - Altro

7) INTERVENTI CHE NECESSITANO ALL'ASSISTITO

- Monitoraggio dello stato di salute dell'assistito
- Controllo delle condizioni igieniche e sul comfort ambientale e suggerimenti allo stesso e ai familiari
- Indicazioni al personale infermieristico per l'effettuazione delle terapie, da annotare sul diario clinico
- Indicazioni ai familiari, o al personale addetto all'assistenza diurna, con riguardo alle peculiarità fisiche e psichiche del singolo paziente
- Indicazioni circa il trattamento dietetico, da annotare sulla scheda degli accessi fornita dall'Azienda
- Predisposizione ed attivazione di "programmi individuali" con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica
- Attivazione degli interventi riabilitativi
- Altro

8) CICLI TERAPEUTICI PARTICOLARI

9) PERIODICITA' DEGLI ACCESSI: CALENDARIO

10) PERIODO PREVISTO PER IL TRATTAMENTO

DATA

il Medico Curante
(timbro e firma)

VALUTAZIONE E OSSERVAZIONI DEL MEDICO DIRETTORE U.O.C. CURE PRIMARIE

VISTO SI APPROVA VISTO NON SI APPROVA IL DIRETTORE U.O.C. CURE PRIMARIE