

## **SCHEMA DI SEGNAZIONE PER INSERIMENTO ALLE CURE DOMICILIARI**

**Distretto di:** \_\_\_\_\_

Cognome _____	Nome _____	Luogo di nascita _____
Data di nascita _____	Domicilio Via _____	Città _____
Tel. _____	In Urgenza Contattare _____	Tel : _____
Medico Curante _____	Codice Fiscale Paz.	_   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _

Il sanitario proponente della richiesta di inserimento al trattamento alle cure domiciliari ha ritenuto idoneo il suddetto paziente, secondo i criteri di eleggibilità delle Linee Guide Regionali - Delibera N.° 862 del 10/06/2008

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> MALATTIE ONCOLOGICHE - TERMINALI        | <input type="checkbox"/> ACCIDENTI VASCOLARI ACUTI      |
| <input type="checkbox"/> GRAVI FRATTURE NEGLI ANZIANI            | <input type="checkbox"/> RIABILITAZIONE DA VASCULOPATIE |
| <input type="checkbox"/> MALATTIE ACUTE TEMPORANEAM. INVALIDANTI | <input type="checkbox"/> ALTRO _____                    |

**SEGNALAZIONE ORDINARIA**

**DIMISSIONE PROTETTA**

### **DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

Il/la sottoscritto/a **DICHIARA** di essere stato/a informato/a esaurientemente dal dott. \_\_\_\_\_  
sul tipo di trattamento domiciliare con interventi multidisciplinari e di acconsentire a tale trattamento.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

### **MEDICO PROPONENTE**

<b>MEDICO DI MEDICINA GENERALE</b>	<b>MEDICO OSPEDALIERO</b>	<b>MEDICO SPECIALISTA TERRITORIALE</b>
Cognome _____ Nome _____ Tel. Amb. _____ Cellulare _____	Unità Operativa _____	_____
Timbro e Firma	Timbro e Firma	Timbro e Firma

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_

**DATI DI INTERESSE SOCIO - SANITARIO**

<b>STATO CIVILE</b>	<input type="checkbox"/> CONIUGATO / A	<input type="checkbox"/> VEDOVO / A	<input type="checkbox"/> CELIBE / NUBILE	<input type="checkbox"/> SEPARATO / A
<b>CONVIVENZA</b>	<input type="checkbox"/> SOLO / A	<input type="checkbox"/> CON IL CONIUGE	<input type="checkbox"/> CON I FIGLI	<input type="checkbox"/> CON ALTRI
<b>DISTURBI COGNITIVI</b>	<input type="checkbox"/> LIEVI O ASSENTI		<input type="checkbox"/> MODERATI	<input type="checkbox"/> GRAVI
<b>DIST. COMPORTAMENTALI</b>	<input type="checkbox"/> LIEVI O ASSENTI		<input type="checkbox"/> MODERATI	<input type="checkbox"/> GRAVI
<b>AUTONOMIA</b>	<input type="checkbox"/> AUTONOMO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE DIPENDENTE	<input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE	
<b>GRADO DI MOBILITA'</b>	<input type="checkbox"/> SI SPOSTA DA SOLO O CON AUSILI	<input type="checkbox"/> SI SPOSTA ASSISTITO	<input type="checkbox"/> NON SI SPOSTA - ALLETTATO	
<b>NUMERO CONVIVENTI NUCLEO FAMILIARE</b>	<input type="checkbox"/> ASSISTENTE NON FAMILIARE CONVIVENTE	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<b>SUPPORTO SOCIALE</b> <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Parz. <input checked="" type="checkbox"/> NO
<b>AUTOSUFFICIENZA :</b>	MANGIARE <input checked="" type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	VESTIRSI <input checked="" type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	IGIENE PERSONALE <input checked="" type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	CONTINENZA <input checked="" type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
<b>ISTRUZIONE</b>	<input type="checkbox"/> ANALFABETA	<input type="checkbox"/> LIC. ELEMENTARE	<input type="checkbox"/> LIC. MEDIA	<input type="checkbox"/> DIPLOMA SUP. / LAUREA
<b>PENSIONE</b>	TIPO _____	<b>ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO</b>		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO

**Anamnesi patologica recente** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Diagnosi** \_\_\_\_\_  
**Diagnosi Concomitante** \_\_\_\_\_

<p><b>Paziente è portatore di :</b></p> <p>Catetere Vescicale ..... <input type="checkbox"/> Tracheotomia ..... <input type="checkbox"/></p> <p>C. V.C. - Picc - Meline - Port <input type="checkbox"/> Urostomia ..... <input type="checkbox"/></p> <p>S.N.G. - Peg ..... <input type="checkbox"/> Enterostomia ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Ossigeno Terapia ..... <input type="checkbox"/> Altro _____</p>	<p><b>Trattamento farmacologico in atto:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Numero Accessi Domiciliari MMG <input type="text"/></p>
--	--

E' IN TRATTAMENTO DOMICILIARE CON ALTRA STRUTTURA CONVENZIONATA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
E' IN TRATTAMENTO DOMICILIARE INTEGRATO - COMUNE ?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
UTILIZZA O SONO STATI PRESCRITTI AUSILI E/O PROTESICI ?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
Quali ?	<input type="checkbox"/> Pannoloni <input type="checkbox"/> Traverse <input type="checkbox"/> Cateteri Vescicale <input type="checkbox"/> Materasso Antidecubito <input type="checkbox"/> Letto articolato <input type="checkbox"/> Carrozzina <input type="checkbox"/> Deambulatore <input type="checkbox"/> Altro	

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_

PIANO INDIVIDUALE DI TRATTAMENTO - PIT

Trattamento Sanitario - Infermieristico	Data inizio	Frequenza					Data di Scadenza
		7/7	6/7	3/7	2/7	Altro	
Trattamento Fisioterapico - Riabilitativo	Data inizio	Frequenza					Data di Scadenza
		7/7	6/7	3/7	2/7	Altro	
Assistenza Socio - Sanitaria ( O.S.S. )	Data inizio	Frequenza					Data di Scadenza
		7/7	6/7	3/7	2/7	Altro	
		Firma del Medico					
Validazione Piano Assistenziale							Firma del Responsabile di Distretto
Conferma <input type="checkbox"/>		Variazione <input type="checkbox"/>					