azienda sanitaria locale
matera

REGIONE BASILICATA
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
U.O. ASSISTENZA DOMICILIARE
Resp.le : Dr.ssa M.M. FRANGIONE

SCHEDA DI SEGNALAZIONE PER INSERIMENTO ALLE CURE DOMICILIARI

Distretto di: _____

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

Luogo di Nascita _____ Via _____ Città _____ Tel. _____

Medico curante _____ In Urgenza Contattare _____

Codice Sanitario _____ Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

- ☐ MALATTIE TERMINALI ONCOLOGICHE
- ☐ ACCIDENTI VASCOLARI ACUTI
- ☐ GRAVI FRATTURE NEGLI ANZIANI
- ☐ RIABILITAZIONE A SEGUITO DI VASCULOPATIE
- ☐ MALATTIE ACUTE TEMPORAN.. INVALIDANTI
- ☐ ALTRO _____

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

MEDICO DI MEDICINA GENERALE	MEDICO OSPEDALIERO	MEDICO DEL TERRITORIO
Cognome _____ Nome _____ Tel. Amb. _____ Cellulare _____	Unità Operativa _____	☐ Geriatria Territoriale ☐ Chirurgia Territoriale
Timbro e Firma	**Timbro e Firma**	**Timbro e Firma**

azienda sanitaria locale
matera

REGIONE BASILICATA
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
U.O. ASSISTENZA DOMICILIARE
Resp.le : Dr.ssa M.M. FRANGIONE

Cognome _____ Nome _____ Età _____ Sesso _____

DATI DI INTERESSE SOCIO – SANITARIO

STATO CIVILE ☐ CONIUGATO / A ☐ VEDOVO / A ☐ CELIBE / NUBILE ☐ SEPARATO / A

CONVIVENZA ☐ SOLO ☐ CON IL CONIUGE ☐ CON I FIGLI ☐ CON ALTRI

CAPACITA' DI MOVIMENTO ☐ CAMMINA AUTONOMAMENTE ☐ CAMMINA CON BASTONE O ALTRO SUPPORTO
☐ CAMMINA CON L'AIUTO DI ALTRA PERSONA ☐ SEDUTO SU CARROZZINA ☐ ALLETTATO

AUTOSUFFICIENZA : MANGIARE [SI] [NO] VESTIRSI [SI] [NO] IGIENE PERSONALE [SI] [NO] CONTINENZA [SI] [NO]

ABITAZIONE ☐ BARRIERE ARCHITETT. ☐ ASCENSORE ☐ BAGNO CON DOCCIA / VASCA ☐ RISCALDAMENTO ☐ TELEFONO

ISTRUZIONE ☐ ANALFAB. / NESSUN TITOLO DI STUDIO ☐ LIC. ELEMENTARE ☐ LIC. MEDIA ☐ DIPLOMA SUP. / LAUREA

PENSIONE TIPO _____ ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO [SI] [NO]

PAZIENTE PORTATORE DI :

CATETERE VENOSO CENTRALE ☐
CATETERE VENOSO PERIFERICO ☐
CATETERISMO VESCICALE ..... ☐
TRACHEOSTOMIA ..... ☐
UROSTOMIA..... ☐
ENTEROSTOMIA..... ☐
SOND. NASO-GASTRICO ..... ☐
PEG ..... ☐
OSSIGENO-TERAPIA ..... ☐

ALTRO _____

ANAMNESI PATOLOGICA RECENTE

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

NUMERO DI RICOVERI negli ultimi dodici mesi ☐

È IN TRATTAMENTO DOMICILIARE CON ALTRA STRUTTURA CONVENZIONATA? [SI] [NO]

E' IN TRATTAMENTO DOMICILIARE DI BASE - COMUNE ? [SI] [NO]

UTILIZZA AUSILI E/O PROTESICI Quali? _____

_____

azienda sanitaria locale
matera

REGIONE BASILICATA
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
U.O. ASSISTENZA DOMICILIARE
Resp.le : Dr.ssa M.M. FRANGIONE

Cognome _____ Nome _____ Età _____ Sesso _____

PROPOSTA DI PIANO ASSISTENZIALE		Frequenza					Data Scadenza
Data	**Infermieristico** ☐	**7/7**	**6/7**	**3/7**	**2/7**	Altro	
Data	**Riabilitativo** ☐	**7/7**	**6/7**	**3/7**	**2/7**	Altro	
		Firma e Timbro					

VALIDAZIONE PIANO ASSISTENZIALE- U. V. Territoriale	Firma	DATA
Variazioni - Note:		

azienda sanitaria locale
matera

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE BASILICATA
U. O. ASSISTENZA DOMICILIARE
Resp.le: Dr.ssa M.M. FRANGIONE

Cognome _____ Nome _____ Età _____ Sesso _____

Via _____ Città _____ Tel. _____

DIARIO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE
(consulenza medica)

DATA	ORA	NOTE	MEDICO	INFERM.	SPECIAL.	SOCIALE	FIRMA

Foglio numero

azienda sanitaria locale
matera

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE BASILICATA
U. O. ASSISTENZA DOMICILIARE
Resp: Dr.ssa M.M. FRANGIONE

Cognome _____ Nome _____ Età _____ Sesso _____

Via _____ Città _____ Tel. _____

DIARIO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

(prestazioni infermieristiche / FKT)

DATA	ORA	NOTE	INFERM.	FKT	FIRMA