



## Attivazione sistema delle cure territoriali

Segnalazione / proposta di attivazione da parte del MMG/PLS

Al Direttore del Distretto di PESARO

**SEZIONE A - DATI ANAGRAFICI (compilare per tutte le tipologie assistenziali)**

<p>A.1 COGNOME</p> <input style="width: 90%;" type="text"/>	<p>A.2 NOME</p> <input style="width: 90%;" type="text"/>	<p>A.3 SESSO</p> <p style="text-align: center;">M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p>
<p>A.4 DATA DI NASCITA</p> <input style="width: 90%;" type="text"/>	<p>A.5 COMUNE DI NASCITA</p> <input style="width: 90%;" type="text"/>	<p>A.6 PROVINCIA</p> <input style="width: 90%;" type="text"/>
<p>A.7 COMUNE DI RESIDENZA</p> <input style="width: 90%;" type="text"/>	<p>A.8 VIA</p> <input style="width: 90%;" type="text"/>	<p>A.9 N° CIVICO</p> <input style="width: 90%;" type="text"/>
<p>A.10 DOMICILIO (se diverso dalla residenza)</p> <input style="width: 90%;" type="text"/>	<p>A.11 VIA</p> <input style="width: 90%;" type="text"/>	<p>A.12 N° CIVICO</p> <input style="width: 90%;" type="text"/>
<p>A.12 N° TELEFONO DELL'ASSISTITO</p> <input style="width: 90%;" type="text"/>	<p>A.13 N° TELEFONO CELLULARE DELL'ASSISTITO</p> <input style="width: 90%;" type="text"/>	<p>A.14</p> <input style="width: 90%;" type="text"/>
<p>A.15 PERSONA DI RIFERIMENTO</p> <input style="width: 90%;" type="text"/>	<p>A.16 N° DI TELEFONO (persona di riferimento)</p> <input style="width: 90%;" type="text"/>	<p>A.17</p> <input style="width: 90%;" type="text"/>
<p>A.18 CODICE ASSISTITO</p> <input style="width: 90%;" type="text"/>		

**NECESSITA DI:**

<b>CURE DOMICILIARI SEMPLICI :</b>	
<input type="checkbox"/>	ADP : assistenza domiciliare programmata da parte del MMG/PLS
<input type="checkbox"/>	AID : assistenza infermieristica domiciliare
<input type="checkbox"/>	ARD : assistenza riabilitativa domiciliare
<input type="checkbox"/>	T.S.: servizio di telesoccorso - telecontrollo
<input type="checkbox"/>	

<b>CURE DOMICILIARI COMPLESSE : ADI</b>	
E' necessaria la valutazione multidimensionale e la stesura del PAI (piano di assistenza individuale) in sede di UVD da compilare entro 30 gg dalla proposta di attivazione. Dopo tale data, in mancanza di riunione UVD e stesura PAI saranno autorizzate solo Cure Domiciliari semplici.	
<input type="checkbox"/>	ADI : assistenza domiciliare integrata
<input type="checkbox"/>	ADI : assistenza domiciliare oncologica

<b>RICOVERO IN STRUTTURA:</b>			
<input type="checkbox"/>	RSA: residenza sanitaria assistenziale	<input type="checkbox"/>	RP Mombaroccio "BeatoSante"
<input type="checkbox"/>	RP: residenza protetta Santa Colomba Pesaro	<input type="checkbox"/>	Centro Diurno Alzheimer
<input type="checkbox"/>	ricovero definitivo	<input type="checkbox"/>	ricovero temporaneo
<input type="checkbox"/>	centro diurno	<input type="checkbox"/>	Servizio Sollievo
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>			
Firma (per accettazione proposta)			

**SEZIONE B - DIAGNOSI (compilare per tutte le tipologie assistenziali)**

B.1 PATOLOGIA PREVALENTE CHE DETERMINA L'ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA

B.2 CODICE ICD-9 CM

--	--	--	--	--	--

B.3 PATOLOGIE CONCOMITANTI CHE CONDIZIONANO LA PRESA IN CARICO

B.4 CODICE ICD-9 CM

--	--	--	--	--	--

B.5 PATOLOGIE CONCOMITANTI CHE CONDIZIONANO LA PRESA IN CARICO

B.5 CODICE ICD-9 CM

--	--	--	--	--	--

B.7 PATOLOGIE CONCOMITANTI CHE CONDIZIONANO LA PRESA IN CARICO

B.8 CODICE ICD-9 CM

--	--	--	--	--	--

**SEZIONE C - PROBLEMATICHE CLINICHE E DISABILITA' (compilare per tutte le tipologie assistenziali)**

<input type="checkbox"/>	CATETERE VESCICALE INTERMITTENTE	<input type="checkbox"/>	AFASIA
<input type="checkbox"/>	CATETERE VESCICALE PERMANENTE	<input type="checkbox"/>	AMPUTAZIONE
<input type="checkbox"/>	COSTRETTO A LETTO	<input type="checkbox"/>	ARTROPROTESI
<input type="checkbox"/>	DISIDRATAZIONE	<input type="checkbox"/>	DEMENTIA
<input type="checkbox"/>	DISTURBO ANDATURA	<input type="checkbox"/>	DEPRESSIONE
<input type="checkbox"/>	DISTURBO EQUILIBRIO	<input type="checkbox"/>	DETERIORAMENTO COGNITIVO
<input type="checkbox"/>	ILEO - COLOSTOMIA	<input type="checkbox"/>	DISTURBI PSICHIATRICI
<input type="checkbox"/>	INCONTINENZA DOPPIA	<input type="checkbox"/>	DOLORE CRONICO MUSCOLO/SCHIELETTRICO
<input type="checkbox"/>	INCONTINENZA SEMPLICE	<input type="checkbox"/>	DOLORE CRONICO NEOPLASTICO
<input type="checkbox"/>	MALNUTRIZIONE	<input type="checkbox"/>	FRATTURE O ESITI
<input type="checkbox"/>	MEDICAZIONI SEMPLICI	<input type="checkbox"/>	INSOMNIA
<input type="checkbox"/>	NON DEAMBULA	<input type="checkbox"/>	LESIONI DA DECUBITO
<input type="checkbox"/>	OSSIGENOTERAPIA	<input type="checkbox"/>	NUTRIZIONE PARENTERALE
<input type="checkbox"/>	PEG	<input type="checkbox"/>	PACE-MAKER
<input type="checkbox"/>	SCOMPENSO CARDIACO	<input type="checkbox"/>	STATO CONFUSIONALE
<input type="checkbox"/>	SINDR. DA IMMOBILIZZAZIONE	<input type="checkbox"/>	TERAPIA ANTALGICA
<input type="checkbox"/>	SONDINO NASO-GASTRICO	<input type="checkbox"/>	TRACHEOSTOMIA
<input type="checkbox"/>	STIPSI / FECALOMI	<input type="checkbox"/>	ULCERE VASCOLARI
<input type="checkbox"/>	TERAPIA INFUSIVA	<input type="checkbox"/>	VENTILAZIONE ASSISTITA
<input type="checkbox"/>	URO-STOMIA	<input type="checkbox"/>	

**SEZIONE D - AUTOSUFFICIENZA (compilare per tutte le tipologie assistenziali)**

<input type="checkbox"/>	NON AUTOSUFFICIENTE	<input type="checkbox"/>	TEMPORANEAMENTE
<input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE		
<input type="checkbox"/>	LIMITAZIONE LIEVE DELL' AUTOSUFFICIENZA	<input type="checkbox"/>	PERMANENTEMENTE
<input type="checkbox"/>	AUTOSUFFICIENTE MA IN SITUAZIONE DI RISCHIO SOCIO-SANITARIO		



Operatori:					
<input type="checkbox"/> MEDICO MG	<input type="checkbox"/> MEDICO SPECIALISTA	<input type="checkbox"/> INFERMIERE	<input type="checkbox"/> TERAPISTA	<input type="checkbox"/> SAD	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare)
Scadenza:					
Autorizzazione Distretto ____/____/____			Timbro e firma Coordinatore U.V.D.		

SEZIONE I - SUCCESSIVE VARIAZIONI NELLA FREQUENZA ACCESSI MEDICI (compilare solo per ADI e ADP)					
				data richiesta	autorizzazione uvd
<input type="checkbox"/> SETTIMANALE	<input type="checkbox"/> QUINDICINALE	<input type="checkbox"/> MENSILE			
<input type="checkbox"/> SETTIMANALE	<input type="checkbox"/> QUINDICINALE	<input type="checkbox"/> MENSILE			
<input type="checkbox"/> SETTIMANALE	<input type="checkbox"/> QUINDICINALE	<input type="checkbox"/> MENSILE			
Autorizzazione Distretto ____/____/____			Timbro e firma Coordinatore U.V.D.		

SEZIONE L - VARIAZIONI TIPOLOGIE ASSISTENZIALI O CONFERMA DOPO PROROGA (compilare solo per ADI e ADP)					
				data richiesta	autorizzazione uvd
Autorizzazione Distretto ____/____/____			Timbro e firma Coordinatore U.V.D.		

SEZIONE M - MOTIVAZIONE DELLA DIMISSIONE O SOSPENSIONE DEL SERVIZIO					
<input type="checkbox"/>	DECESSO	<input type="checkbox"/>	RICOVERO IN RSA O STRUTTURA RIABILITATIVA (GG. _____)		
<input type="checkbox"/>	GUARIGIONE/MIGLIORAMENTO	<input type="checkbox"/>	RICOVERO IN OSPEDALE PER ACUTI (GG. _____)		
<input type="checkbox"/>	TRASFERIMENTO IN ALTRA ZONA TERRITORIALE O REGIONE	<input type="checkbox"/>	RIFIUTO CURE DOMICILIARI		
<input type="checkbox"/>	INGRESSO IN RESIDENZA PROTETTA (GG. _____)	<input type="checkbox"/>	INGRESSO IN CASA DI RIPOSO		
Autorizzazione Distretto ____/____/____			Timbro e firma Coordinatore U.V.D.		