



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

NECESSITA DI:

| CURE DOMICILIARI SEMPLICI : | |
|------------------------------------|---|
| <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"/> | |

| CURE DOMICILIARI COMPLESSE : ADI | |
|--|---|
| 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 |

| RICOVERO IN STRUTTURA: | | | |
|--|---|--------------------------|-----------------------------|
| <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"/> | | <input type="checkbox"/> | centro diurno |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Servizio Sollievo |
| 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.6 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"/> | DEMENZA |
| <input type="checkbox"/> | DISTURBO ANDATURA | <input type="checkbox"/> | DEPRESSIONE |
| <input type="checkbox"/> | DISTURBO EQUILIBRIO | <input type="checkbox"/> | DETERIORIAMENTO COGNITIVO |
| <input type="checkbox"/> | ILEO - COLOSTOMIA | <input type="checkbox"/> | DISTURBI PSICHIATRICI |
| <input type="checkbox"/> | INCONTINENZA DOPPIA | <input type="checkbox"/> | DOLORE CRONICO MUSCOLO/SCHIELETRICO |
| <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"/> | INSONNIA |
| <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. | | | |