



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

**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"/>		<input type="checkbox"/>	centro diurno
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Servizio Sollievo
<b>Firma (per accettazione proposta)</b>			

**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.			

<b>SEZIONE I - SUCCESSIVE VARIAZIONI NELLA FREQUENZA ACCESSI MEDICI (compilare solo per ADI e ADP)</b>					
				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.			

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

<b>SEZIONE M - MOTIVAZIONE DELLA DIMISSIONE O SOSPENSIONE DEL SERVIZIO</b>					
<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.			