



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)

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

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"/> centro diurno	<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.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/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"/>	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		

SEZIONE E - DEAMBULAZIONE	
<input type="checkbox"/> IMPOSSIBILITA' PERMANENTE A DEAMBULARE	<input type="checkbox"/> IMPOSSIBILITA' TEMPORANEA A DEAMBULARE
Impossibilita' a recarsi in ambulatorio a causa di:	
<input type="checkbox"/> NON AUTOSUFFICIENZA	<input type="checkbox"/> ABITAZIONE A PIANO ALTO SENZA ASCENSORE
<input type="checkbox"/> SITUAZIONE SOCIO-SANTARIA E/O AMBIENTALE CRITICA CON NECESSITA' DI CONTROLLI RAVVICINATI (SPECIFICARE)	

SEZIONE F - SITUAZIONE FAMILIARE ED ASSISTENZIALE (compilare per tutte le tipologie assistenziali)			
Con chi vive:			
<input type="checkbox"/> SOLO	<input type="checkbox"/> CON IL CONIUGE	<input type="checkbox"/> CON I FIGLI	<input type="checkbox"/> CON ALTRI
Rilevata la seguente situazione familiare ed assistenziale:			
<input type="checkbox"/> IDONEA: convive con familiari che lo curano, e seguito dai familiari con rapporti quotidiani o frequenti			
<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE IDONEA: ha assistenza saltuaria e/o insufficiente da familiari/vicini/volontari			
<input type="checkbox"/> NON IDONEA: privo di assistenza dai familiari e parenti, rapporti con il vicinato e/o volontariato nulli			
Si richiede indagine/valutazione da parte dei servizi Sociali			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

SEZIONE G - CADENZA DEGLI ACCESSI DEL MMG/PLS (compilare solo per ADI e ADP)	
Ritengo necessario recarmi a domicilio dell'interessato con cadenza:	
<input type="checkbox"/> SETTIMANALE	<input type="checkbox"/> QUINDICINALE <input type="checkbox"/> MENSILE
<input type="checkbox"/> Con decorrenza dal _____	<input type="checkbox"/> Presumibilmente per mesi _____ (max. 12 prorogabili)

<input type="checkbox"/> Allegati alla presente	<input type="checkbox"/> Lettera di dimissione ospedaliera	<input type="checkbox"/> Altro:
TERAPIA IN ATTO:		
Date ____/____/____	Timbro, cod.reg. e firma del MMg/PLS	

Riservato U.V.D. Sezione H - TIPOLOGIE ASSISTENZIALI:			
<input type="checkbox"/> TELESOCOORSO	<input type="checkbox"/> ADP	<input type="checkbox"/> ASS. INF. SEMPLICE	<input type="checkbox"/> ADI 1
<input type="checkbox"/> ADI 2	<input type="checkbox"/> ADI 3	<input type="checkbox"/> ASS. RIABIL. DOM.	<input type="checkbox"/> RSA
<input type="checkbox"/> RESIDENZA PROTETTA	<input type="checkbox"/> CASA DI RIPOSO	<input type="checkbox"/> CD ALZHEIMER	<input type="checkbox"/> SERVIZIO SOLLIEVO

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.	