

<b>SCHEDA ATTIVAZIONE ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA</b> (nei confronti dei soggetti non ambulabili)				
DISTRETTO				
Medico Proponente		Dr.		
Segnalazione	<input type="checkbox"/>	MMG		
	<input type="checkbox"/>	Ospedale (dimissione protetta)		
	<input type="checkbox"/>	Hospice		
	<input type="checkbox"/>	Paziente e/o Familiare		
	<input type="checkbox"/>	UVM (multidimensionale)		
	<input type="checkbox"/>	Strutture residenziali		
	<input type="checkbox"/>	Servizi sociali		
Paziente	Cognome			
	Nome			
	Sesso		<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M
	Luogo e data di nascita		<i>Comune e provincia</i>	<i>data</i>
	Codice fiscale			
	Stato civile		<input type="checkbox"/>	celibe/nubile
			<input type="checkbox"/>	coniugato/a
			<input type="checkbox"/>	separato/a
			<input type="checkbox"/>	divorziato/a
			<input type="checkbox"/>	vedovo/a
	N. componenti del nucleo familiare*			
	E' presente un assistente non familiare		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Residenza				
Domicilio di assist.				
Recapito telefonico				
Motivazione della proposta di attivazione ADP		<input type="checkbox"/> Impossibilità permanente a deambulare (es: portatori di protesi agli arti inferiori con grandi difficoltà a deambulare)		
		<input type="checkbox"/> Impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni (es: paziente non autosufficiente o abitante in un piano alto e senza ascensore)		
		<input type="checkbox"/> Impossibilità ad essere trasportato per gravi patologie che necessitano di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio ambientale che al quadro clinico quali: insufficienza cardiaca a stato avanzato - insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale - arteriopatia obliterante degli arti inferiori con grave limitazione - cerebropatie e cerebrolesioni, con forme gravi tetraplegia		
Patologia principale		<input type="text"/>	ICD IX	
Patologia concomitante		<input type="text"/>	ICD IX	
Accessi proposti		<input type="checkbox"/> Settimanali n.	Dal	
		<input type="checkbox"/> Quindicinali n.	Dal	
		<input type="checkbox"/> Mensili n.	Dal	

\* ESCLUSO L'ASSISTITO E L'AEVENTUALE ASSISTENTE CONVIVENTE

## SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELL'UTENTE

(ai fini dell'attivazione di assistenza domiciliare)

<b>Autonomia</b>	<input type="checkbox"/>	Autonomo
	<input type="checkbox"/>	Parzialmente dipendente
	<input type="checkbox"/>	Totalmente dipendente
<b>Grado di mobilità</b>	<input type="checkbox"/>	Si sposta da solo (anche con l'aiuto di ausili)
	<input type="checkbox"/>	Si sposta assistito
	<input type="checkbox"/>	Non si sposta
<b>Presenza di disturbi cognitivi</b>	<input type="checkbox"/>	Assenti o lievi
	<input type="checkbox"/>	Moderati
	<input type="checkbox"/>	Gravi
<b>Presenza di disturbi comportamentali</b>	<input type="checkbox"/>	Assenti o lievi
	<input type="checkbox"/>	Moderati
	<input type="checkbox"/>	Gravi
<b>Supporto sociale</b>	<input type="checkbox"/>	Presente
	<input type="checkbox"/>	Parziale/temporaneo
	<input type="checkbox"/>	Non presente

### BISOGNI RILEVATI (crocettare il solo bisogno rilevato)

<input type="checkbox"/>	Rischio infettivo	<input type="checkbox"/>	E.C.G.
<input type="checkbox"/>	Bronco aspirazione-drenaggio posturale	<input type="checkbox"/>	Telemetria
<input type="checkbox"/>	Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/>	Procedura terapeutica sottocutanea/intramuscolo/infusionale
<input type="checkbox"/>	Ventiloterapia	<input type="checkbox"/>	Gestione catetere centrale
<input type="checkbox"/>	Tracheotomia	<input type="checkbox"/>	Trasfusioni
<input type="checkbox"/>	Alimentazione assistita	<input type="checkbox"/>	Controllo del dolore
<input type="checkbox"/>	Alimentazione enterale	<input type="checkbox"/>	Bisogni assistenziali per terminalità oncologica
<input type="checkbox"/>	Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/>	Bisogni assistenziali per terminalità non oncologica
<input type="checkbox"/>	Gestione della stomia	<input type="checkbox"/>	Trattamento riabilitativo neurologico in presenza di disabilità
<input type="checkbox"/>	Manovre per favorire l'eliminazione urinaria/intestinale	<input type="checkbox"/>	Trattamento riabilitativo ortopedico in presenza di disabilità
<input type="checkbox"/>	Assistenza per l'alterazione sonno/veglia	<input type="checkbox"/>	Trattamento riabilitativo di mantenimento in presenza di disabilità
<input type="checkbox"/>	Interventi di educazione terapeutica	<input type="checkbox"/>	Supervisione continua di utenti con disabilità
<input type="checkbox"/>	Cura di ulcere cutanee di I e II grado	<input type="checkbox"/>	Assistenza nelle IADL per utenti con disabilità
<input type="checkbox"/>	Cura di ulcere cutanee di III e IV grado	<input type="checkbox"/>	Assistenza nelle ADL per utenti con disabilità
<input type="checkbox"/>	Prelievi venosi non occasionali	<input type="checkbox"/>	Supporto al care giver

Firma e timbro del medico

Data valutazione

**SPAZIO RISERVATO ALLA AUSL**

**SINTESI DEL PAI**

Programma assistenziale concordato ed eventuali supporti	<input type="checkbox"/>	Prestazioni aggiuntive	
	<input type="checkbox"/>	Consulti con specialisti (specificare)	
	<input type="checkbox"/>	Altro (specificare)	
	<input type="checkbox"/>	Assistenza infermieristica	n. accessi mensili
	<input type="checkbox"/>	Assistenza sociale di base a rilievo sanitario	n. ore settimanali
		Accessi MMG (S=settimanali, Q=quindicinali, M=mensili)	N.
Data Intesa	Firma ROAD		
Data Scadenza			