

**MODULO PER L'ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE**

**PER POTER ATTIVARE IL PROCESSO DI DIMISSIONI PROTETTE AL DOMICILIO IL PRESENTE MODULO, UNA VOLTA COMPILATO, DEVE PERVENIRE AL MEDICO DI MEDICINA GENERALE ALMENO 2 GIORNI lavorativi PRIMA DELLA DATA PRESUNTA DI DIMISSIONE.**

Unità Operativa	_____	Presidio	_____
Medico referente	_____	e-mail	_____
M.M.G PdF se al domicilio	_____	e-mail	_____
Telefono	_____	Fax	_____

**DATI PAZIENTE**

Nome	_____	Cognome	_____
Data di nascita	____/____/____	Data Ricovero	____/____/____
Comune Residenza	_____	Via	_____ N.ro _____
Telefono	_____	Cod. SSN	_____
INVALIDITA':	NO	< 100%	100% con accompagnamento

DATA PRESUNTA DIMISSIONI PAZIENTE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SUPPORTO SOCIALE	Familiare sempre presente	Caregiver presente poche ore	SAD (Servizio Assistenza Domiciliare del Comune)
	Altro caregiver sempre presente	Vive solo	

Diagnosi principale: (indicare se possibile la data dell'evento)	_____
Patologie concomitanti:	_____
Terapie in atto	_____

**PROTESI, AUSILII E PRESIDI GIA' IN DOTAZIONE O PRESCRITTI**

	Catetere Vescicale		Pannolone		Comoda
	Bastoni Canadesi		Deambulatore		Carrozzina
	Letto Ortopedico		Materassino antidecubito		Cuscino antidecubito

**BISOGNI ASSISTENZIALI**

Incontinenza:	Urine	Feci	Fa uso di pannolone	Catetere Vescicale	Data: ____/____/____
Stomie:	Ureterostomia	Colostomia	Tracheostomia		
Insufficienza respiratoria:	O2 terapia al bisogno	O2 terapia continua	Ventilatore		
Alimentazione Artificiale:	senza pompa d'infusione PEG (Gastrostomia Percutanea)	con pompa d'infusione NPT (Nutrizione Parenterale Percutanea)	Sonda nasogastrica		
Ferita post chirurgica o traumatica:	Lieve	Moderata	Grave		
	Lieve	Moderata	Grave		
Deterioramento Cognitivo:	Assente	Lieve	Moderato	Severo	

Altro:									
<b>ULCERE</b>									
SEDE	PRESSIONE	VASCOLARE	DIABETE	STADIO				DETERSA	INFETT A
				1	2	3	4		

AUTONOMIA FUNZIONALE					
ATTIVITA' OSSERVATE	TOTALMENTE DIPENDENTE	NECESSITA AIUTO IMPORTANTE	NECESSITA AIUTO MODESTO	NECESSITA AIUTO MINIMO	TOTALE AUTONOMIA
Igiene del viso					
Igiene perineale					
Bagno/Doccia					
Vestirsi vita in sù					
Vestirsi vita in giù					
Alimentazione					
Trasferimento letto/sedia					
Cammino					
Scale					

PROGRAMMA RIABILITATIVO AL DOMICILIO PROPOSTO DAL FISIATRA OSPEDALIERO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INTERVENTI PROPOSTI: (- indicare con "X" il bisogno)					
<input type="checkbox"/>	Colloquio psicologico	<input type="checkbox"/>	Insegnamento uso presidi/ausili	<input type="checkbox"/>	Medicazione semplice
<input type="checkbox"/>	Igiene parziale personale	<input type="checkbox"/>	Gestione stomia	<input type="checkbox"/>	Medicazione media
<input type="checkbox"/>	Bagno	<input type="checkbox"/>	Gestione pompa antalgica	<input type="checkbox"/>	Medicazione complessa
<input type="checkbox"/>	Pulizia del cavo orale	<input type="checkbox"/>	Gestione Porth-a-Cath	<input type="checkbox"/>	Rieducazione neuromotoria
<input type="checkbox"/>	Nutrizione Enterale	<input type="checkbox"/>	Fleboclisi/ipodermoclisi/farmacoterapia	<input type="checkbox"/>	Allineamento posturale/CT passiva
<input type="checkbox"/>	Nutrizione Parenterale	<input type="checkbox"/>	Insegnamento/educazione	<input type="checkbox"/>	Fisioterapia respiratoria
<input type="checkbox"/>	P.E.G.	<input type="checkbox"/>	Clistere-stipsi/fecaloma	<input type="checkbox"/>	Cinesiterapia segmentaria
<input type="checkbox"/>	S.N.G.	<input type="checkbox"/>	Svuotamento manuale+/-clistere	<input type="checkbox"/>	Training della deambulazione e passo
<input type="checkbox"/>	Cateterismo vescicale	<input type="checkbox"/>	Gestione cannula tracheale	<input type="checkbox"/>	Educazione/addestramento caregiver
<input type="checkbox"/>	Irrigazione/lavaggio/lavanda/instillazione	<input type="checkbox"/>	Rilievo parametri vitali	<input type="checkbox"/>	Alzata del pz./deamb/cambio postura

Data:     /     /.....

Timbro e Firma del Medico Specialista  
(se l'attivazione avviene a seguito di dimissione protetta)

<b>ASSISTENZA PREVISTA DA PARTE DEL MMG:</b>			
<input type="checkbox"/> Plurisettimanale	<input type="checkbox"/> Settimanale	<input type="checkbox"/> Quindicinale	<input type="checkbox"/> Mensile

<b>DIMISSIONE OSPEDALIERA: NO SÌ</b>
<b>PROTETTA: NO SÌ</b> (Presidio e Unità Operativa) _____

<b>NESSUN TRATTAMENTO RIABILITATIVO DOMICILIARE O AMBULATORIALE ATTUALMENTE IN ESSERE</b> (In caso la presente richiesta contempli l'attivazione di fisioterapia in ADI)
---

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o PdF