

AZIENDA SANITARIA ROMA 6

Modello unico per attivazione ADI / RSA / Hospice / Riabilit. Ex art. 26/ Disabilità

Cognome _____ Nome _____ Sesso F M

Luogo di nascita _____ data di nascita _____

Indirizzo (di residenza) _____

Comune di residenza _____ Municipio (solo per Roma) _____

Indirizzo completo di domicilio (se diverso da quello di residenza) _____

Codice Fiscale _____ Telefono _____

Persona di riferimento _____
(Specificare se familiare o altro)

Recapiti telefonici _____

Diagnosi e descrizione problema principale

.....

STATO DELLA MALATTIA (indicare in caso di malattia neoplastica): malattia loco-regionale malattia metastatica cachessia

Altre condizioni cliniche:

diabete cardiopatia insufficienza cardiaca malattie vascolari insufficienza respiratoria epatopatie non alcoliche

epatopatie alcoliche esiti frattura femore esiti altre patologie ortopediche malattie osteomuscolari neoplasie esiti di ictus

demenza altre malattie neurologiche disturbi sensoriali paralisi cerebrale infantile malattia psichiatrica disabilità intellettiva

disturbo generalizzato dello sviluppo

altro _____

Terapia in atto

.....

CONDIZIONI CLINICHE ATTUALI (dati di rilievo)	
Stabilità clinica	<input type="checkbox"/> Stabile <input type="checkbox"/> Moderatamente instabile <input type="checkbox"/> Instabile
Stato di coscienza	Orientato <input type="checkbox"/> nello spazio <input type="checkbox"/> nel tempo <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Soporoso <input type="checkbox"/> Stuporoso <input type="checkbox"/> Coma
Disturbi cognitivi	<input type="checkbox"/> Assenti/Lievi <input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi
Disturbi comportamentali	<input type="checkbox"/> Assenti/Lievi <input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi
Dolore	0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 (0=assenza di dolore; 10=massimo dolore immaginabile)
Mobilità	<input type="checkbox"/> Indipendente (anche con carrozzina) <input type="checkbox"/> Cammina con l'aiuto di una persona <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente (allettato o carrozzina spinta da altri)
Alimentazione	<input type="checkbox"/> Si alimenta autonomamente <input type="checkbox"/> Necessita di assistenza per alimentarsi <input type="checkbox"/> Rifiuta di alimentarsi

Necessità assistenziali particolari (indicare tutte quelle presenti)		
Ulcere cutanee da qualsiasi causa <input type="checkbox"/>	Nutrizione Parenterale <input type="checkbox"/>	Nutrizione enterale (Sondino NG - PEG) <input type="checkbox"/>
Chemioterapia e/o radioterapia in atto <input type="checkbox"/>	ossigenoterapia LT <input type="checkbox"/>	dialisi in atto <input type="checkbox"/>
	ventilazione Assistita <input type="checkbox"/>	trasfusioni periodiche <input type="checkbox"/>
Cateterismo vesc. Intermittenza <input type="checkbox"/>	Catetere vesc. Permanenza <input type="checkbox"/>	Catetere sovrapubico <input type="checkbox"/>
colostomia <input type="checkbox"/>	Catetere peridurale <input type="checkbox"/>	tracheotomia <input type="checkbox"/>
Terapia infusione venosa <input type="checkbox"/>	Prelievi venosi periodici programmati <input type="checkbox"/>	ECG periodico <input type="checkbox"/>
		altro <input type="checkbox"/> specificare sotto: _____

Supporto sociale

Vive: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con coniuge <input type="checkbox"/> Con figli <input type="checkbox"/> Con genitori <input type="checkbox"/> Con fratelli <input type="checkbox"/> Altro _____
Assistito da: <input type="checkbox"/> Familiari <input type="checkbox"/> Altre persone (vicini, badante,...) _____

Paziente trasportabile con mezzi comuni: si no

PERCORSO RICHIESTO: Assistenza Domiciliare Integrata RSA Hospice
 Riabilitazione di tipo: residenziale semiresidenziale domiciliare

Attivazione assistenza programmata (compilazione esclusiva da parte del medico di medicina generale)

periodicità	ogni giorni <input type="checkbox"/>	settimanale <input type="checkbox"/>	quindicinale <input type="checkbox"/>	mensile <input type="checkbox"/>
durata settimane <input type="checkbox"/>mesi <input type="checkbox"/>	1 anno <input type="checkbox"/>	

Il compilatore

MMG / PLS Medico ospedaliero Medico del territorio

Cognome e Nome _____

Recapito tel. _____ e-mail _____

Data Timbro e firma _____

Spazio per la ASL

CAD – UVM

DATA PIANO ___/___/20__ () I° piano di intervento – () piano successivo

REFERENTE FAMILIARE _____ tel. _____

CASE MANAGER _____ tel. _____

CO-GESTIONE CON ALTRI SERVIZI DEL DISTRETTO:

() DSM () SERT () altro _____

() NECESSITA' ATTIVAZIONE ASSISTENZA PROGRAMMATA MMG

Accessi ritenuti congrui:

() settimanale () quindicinale () mensile

VISITE SPECIALISTICHE DA ATTIVARE CON PERIODICITA':

SPECIALISTA () cardiologia () fisioterapia () geriatria () neurologia () urologia

PERIODICITA' () regolare SE ()

ASSISTENZA NECESSARIA

- () Prelievi occasionali
- () Cura per ulcere cutanee
- () ECG periodico
- () Cateterismo vescicale
- () Gestione stomia
- () Clisteri
- () Terapia sottocut/intramusc.
- () Terapia infusione venosa

- () Gestione Tracheostomia
- () Gestione alimentazione artificiale
- () Gestione catetere venoso centrale
- () Interventi di educazione terapeutica
- () Broncoaspirazione/drenaggio posturale
- () Ossigenoterapia LT
- () Altro, specificare

ASSISTENZA RIABILITATIVA NECESSARIA si () no ()

Preced. FKT stessa patologia () SI () NO

Data fine ultimo trattam. _____ Eseguita presso _____

NECESSITA VALUTAZIONE CARDIOLOGICA prima della FKT () SI () NO

PRESCRIZIONE PROTESICA:

- () Pannoloni
- () traverse
- () carrozzina
- () letto ortopedico
- () materassino antidecubito
- () sollevatore
- () altro _____

Note _____

() inizio dell'assistenza è prevista per il ___/___/20__

() si attiva prima possibile

() si inserisce in lista di attesa

() si allegano schede di valutazione sociale e test

COMPOSIZIONE UVM

() MMG

() dirigente

() assistente sanitario

() assistente sociale

() geriatra

() fisioterapista

() altra figura profes.