

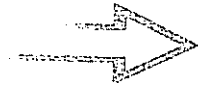
Allegato A



ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE
Prof. n° 2201 Partenza
08/11/2011

DE 16/DE

Pescara li, 08 Novembre 2011



Dirigente del Servizio
*Programmazione socio-assistenziale,
Progettualità del territorio, Medicina sociale e
Tutela della salute mentale e dipendenze*
Dott.ssa Maria Michela FERRETTI
SEDE

REGIONE ABRUZZO
Direzione Politiche della Salute
Prot. n. S.A. 228805
09 NOV. 2011

p.c. Direttore Politiche della Salute
Dott.ssa Maria CROCCO
SEDE

Decisione 150-16
del - 9 NOV. 2011

OGGETTO: CARTELLA DOMICILIARE INTEGRATA REGIONALE

Con la presente si trasmette, per quanto di competenza, la Cartella Domiciliare Integrata Regionale, elaborata dal gruppo tecnico di lavoro istituito in Asr Abruzzo, così come previsto dal "Sistema delle Cure Domiciliari Linee Guida" (Appendice E della DGR 224/06) e il relativo verbale firmato dai componenti del gruppo presenti nell'ultima riunione del 4 Ottobre 2011.

Cordiali saluti

Commissario Straordinario ASR Abruzzo
Dott. Angelo MURAGLIA

ALLEGATO come parte integrante alla del-
berazione n. 23 del 16 GEN. 2012

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Walter Gariani)



CARTELLA DOMICILIARE INTEGRATA REGIONALE

In ottemperanza a quanto riportato nel Sistema delle Cure Domiciliari _ Linee Guida (Appendice E della DGR 224/06) l'ASR Abruzzo ha incontrato in data 11/02/2011 i Direttori dei Distretti della Regione Abruzzo per dare l'avvio alla stesura della Cartella Domiciliare Integrata Regionale.

In questa sede è stata decisa la costituzione di un gruppo regionale coordinato dall'ASR Abruzzo costituito non solo da referenti aziendali individuati dal Direttore Generale ma anche da rappresentanti di sigle sindacali mediche di giusta attinenza all'argomento e da rappresentanti di collegi IPASVI.

Il Gruppo di lavoro per la stesura della Cartella Domiciliare Integrata Regionale è così costituito:

PROFESSIONISTA	ENTE DI APPARTENENZA
Angelo Muraglia	ASR Abruzzo
Manuela Di Virgilio	ASR Abruzzo
Guido Angeli	ASR Abruzzo
Maria Michela Ferretti	Direzione Politiche della Salute
Angelo Flavio Mucciconi	Direzione Politiche della Salute
Donato Tacconella	ASL 201
Rosa Borgia	ASL 202
Brunilde Bosco	ASL 202
Palma Valerio	ASL 202
Raffaele Trulli	ASL 202
Mirella Scimia	ASL 203
Maria Letizia Quinto	ASL 203
Tommaso Ceci	ASL 204
Walter Palumbo	SIMET
Marina Bucciante	SIMET
Maria Grazia Terenzio	FIMMG
Guido Di Felice	FIMMG
Piero Di Saverio	FIMP
Alessandro Di Felice	ANPO
Franco Longhi	SUMAI
Sara Antenucci	SUMAI
Itala Corti	CIMO
Irene Rosini	IPASVI
Ines Ciampini	IAPSVI



Il primo obiettivo del gruppo è stato quello di rendere coerenti le informazioni contenute nella cartella con quelle presenti nel Flusso delle Cure Domiciliari.

Il gruppo durante le riunioni ha condiviso i seguenti punti:

- elaborare un *Disciplinare Tecnico* nel quale fossero illustrate le modalità di compilazione della cartella al fine di impedire differenze interpretative tra le diverse ASL.
- elaborare un Nucleo di Cartella obbligatorio per tutte le ASL che potesse essere arricchito da schede accessorie a seconda delle esigenze del caso;
- elaborare una Scheda per il monitoraggio dei Parametri Vitali da sperimentare per sei mesi e constatare la reale necessità di introdurre definitivamente la stessa nel nucleo di cartella;



- elaborare anche una Scheda Terapeutica da sperimentare per sei mesi e constatare la reale necessità di introdurre definitivamente la stessa nel nucleo di cartella;
- organizzare ed erogare, a beneficio di tutti gli operatori che intervengono nell'assistenza domiciliare, ore di formazione per la corretta compilazione della Cartella.

Il gruppo propone alle ASL, in relazione all'obbligo già vigente di alimentare il flusso ministeriale delle cure domiciliari, di informatizzare la Cartella Domiciliare Integrata Regionale nel più breve tempo possibile.

Al termine dei lavori tutti i componenti del gruppo sono in accordo sul contenuto della Cartella Domiciliare Integrata Regionale in allegato.

Pescara 4 Ottobre 2011

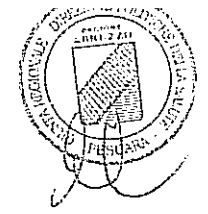
PROFESSIONISTA	FIRMA
Angelo Muraglia	
Manuela Di Virgilio	
Guido Angeli	
Maria Michela Ferretti	
Angeio Flavio Mucciconi	
Donato Tacconella	
Rosa Borgia	
Brunilde Bosco	
Palma Valerio	
Raffaele Trulli	
Mirella Scimia	
Maria Letizia Quinto	
Tommaso Ceci	
Walter Palumbo	
Marina Bucciante	
Maria Grazia Terenzio	
Guido Di Felice	
Piero Di Saverio	
Alessandro Di Felice	
Franco Longhi	
Sara Antenucci	
Itala Corti	
Irene Rosini	
Ines Ciampini	



AHEGATO 'B

ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE

LOGO ASL



CARTELLA DOMICILIARE INTEGRATA REGIONALE

DISTRETTO di _____

N° | | | | | ANNO | | | | |

DATI ANAGRAFICI

Cognome | | | | | Nome | | | | |

Data di nascita | | / | | / | | | | Comune di nascita | | | | |

Codice individuale (cod. fiscale) | | | | |

Indicativo univoco | | | | |

Comune di Residenza | | | | | Codice Comune di Residenza | | | | |

Indirizzo | | | | | N° | | |

Nome sul Campanello | | | | |

Referente familiare: Cognome | | | | | Nome | | | | |

Tel. Abit: | | | | | Cell: | | | | |

| | | | Codice Regione EROGANTE | | | | Codice Azienda ASL EROGANTE

| | | | Codice Regione di RESIDENZA | | | | Codice Azienda ASL di RESIDENZA

Sesso: 1 Maschio
2 Femmina

Cittadinanza: 1 Italiana
2 Unione Europa
3 Extracomunitaria

Stato civile: 1 celibe/nubile
2 coniugato/a o convivente
3 separato/a
4 divorziato/a
5 vedovo/a
6 non dichiarato

ALLEGATO come paria integrante alla deli-
berazione n. **23** del **16 GEN. 2012**

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Walter Gariani)
[Signature]

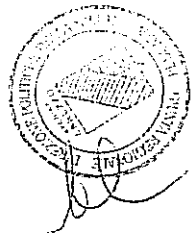
Nucleo Abitativo (escluso l'assistito e l'assistente familiare convivente): N. componenti | | |

Assistente convivente non familiare (badante): Presente Non Presente

MMG/PLS | | | | |

NUMERO | | | | | CELLULARE | | | | |

FAX | | | | | E-MAIL | | | | |



DATI ATTIVAZIONE/CHIUSURA DELLE CURE DOMICILIARI

Data di segnalazione al PUA / / da inserire anche se precedente all'anno in corso

Provenienza della segnalazione da parte di:

- 1 Servizi Sociali
- 2 MMG/PLS
- 3 Ospedale
- 4 Ospedale per dimissione protetta
- 5 Struttura residenziale extraospedaliera
- 6 Utente/Familiare
- 9 Altro

Data di valutazione / /

DIAGNOSI:

Patologia prevalente che determina l'attivazione dell'assistenza: ICD-9

Patologia concomitanti che condizionano la presa in carico: ICD-9
 ICD-9
 ICD-9

ADI I livello ADI II livello ADI III livello Cure Palliative a malati terminali

Data di Attivazione delle Cure: / /

Motivo di dimissione dall'Assistenza Domiciliare:

- 1 Completamento del programma assistenziale
- 2 Ricovero in Ospedale
- 3 Decesso a domicilio
- 4 Decesso in ospedale
- 5 Trasferimento in struttura residenziale
- 6 Trasferimento in Hospice
- 7 Decesso in Hospice
- 8 Trasferimento in altra tipologia di cura domiciliare
- 9 Cambio residenza
- 10 Cambio medico
- 11 Volontà dell'utente
- 12 Chiusura Amministrativa
- 99 Altro

Data della Dimissione delle Cure: / /

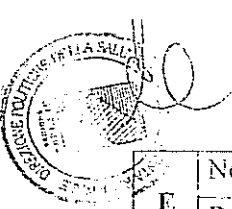
LOGO ASL

RILEVAZIONE DEI BISOGNI SANITARI

Cognome _____

Nome _____

DATA		1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1
R E S P I R A Z I O N E	Respirazione autonoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Problema:						
	Tosse - secrezioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Difficoltà respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Portatore di tracheotomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interventi assistenziali:						
	Intervento educativo	1	1	1	1	1	1
	Posizionamento posturale	2	2	2	2	2	2
	Ossigeno terapia	3	3	3	3	3	3
	Aspirazione secreti	4	4	4	4	4	4
Gest. tracheo	5	5	5	5	5	5	
A L I M E N T A Z I O N E	Equilibrata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Problema:						
	Carente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Disfagia - difficoltà a masticare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SNG - PEG - NPT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interventi assistenziali:						
	Consigli per dieta libera	1	1	1	1	1	1
	Consulenza nutrizionale	2	2	2	2	2	2
Gestione N.E.	3	3	3	3	3	3	
Gestione N.P.T	4	4	4	4	4	4	
E L I M I N U R I N A R I A	Normale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Problema:						
	Incontinenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ritenzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interventi assistenziali e educativi:						
	Intervento educativo	1	1	1	1	1	1
	Condom - Pannolone	2	2	2	2	2	2
Catetere a permanenza	3	3	3	3	3	3	
Urostomia	4	4	4	4	4	4	



E L I M I N F E C A L E	Normale/Autonoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Problema:						
	Stipsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Incontinente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interventi assistenziali e educativi:						
	Intervento educativo	1	1	1	1	1	1
	Ausili pannolone	2	2	2	2	2	2
	Colostomia – ileostomia	3	3	3	3	3	3
	Clisteri evacuativi / terapeutici	4	4	4	4	4	4
Rimozione fecalomi	5	5	5	5	5	5	
D E A M B M O B I L I Z	Autonoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Problema:						
	Diff. alla deambulazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Allettato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interventi assistenziali e educativi:						
	Intervento educativo	1	1	1	1	1	1
	Ausili bastone – girello – carrozzina	2	2	2	2	2	2
Deambulazione assistita	3	3	3	3	3	3	
Traslazione letto – carrozzina	4	4	4	4	4	4	
Mobilizzazione passiva a letto	5	5	5	5	5	5	
S I C U R E Z Z A P S I C O F I S I C A	Orientato e collaborante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Problema:						
	Orientato e non collaborante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Disturbi del comportamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Disorientato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Difficoltà linguaggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interventi assistenziali:						
	Intervento educativo	1	1	1	1	1	1
	Uso di terapie	2	2	2	2	2	2
Uso di mezzi di protezione/contenzione	3	3	3	3	3	3	
Logopedista	4	4	4	4	4	4	
Intervento relazionale esterno	5	5	5	5	5	5	

Distretto di _____



PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (P.A.I.) n° _____ del ____ / ____ / ____

Cognome _____ Nome _____

Identificativo Univoco _____

Nuovo PAI

Proroga PAI

Variazione PAI

Motivazione prevalente che determina l'attivazione e/o presa in carico

Patologia prevalente che determina l'attivazione _____ ICD-9 _____

Patologia concomitanti che condizionano la presa in carico: _____ ICD-9 _____

_____ ICD-9 _____

Valutazione dell'assistito

- Scala ADL _____
- Scala IADL _____
- Scala CIRS Indice Severità _____
 Indice di Comorbidità _____
- Scala SPMSQ _____
- Scala di Karnofsky _____
- Scala di Braden _____
- Scala sociale idonea
 parzialmente idonea
 non idonea
- Scale Accessorie:
_____ punteggio _____
_____ punteggio _____
_____ punteggio _____

Provenienza

- 1 Servizi Sociali
- 2 MMG/PLS
- 3 Ospedale
- 4 Ospedale per dimissione protetta
- 5 Struttura residenziale extraospedaliera
- 6 Utente/Familiare
- 9 Altro

Autosufficiente

Parzialmente non autosufficiente

Non autosufficiente

Situazione temporanea

Situazione permanente



Bisogni rilevati

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Grado mobilità
<input type="checkbox"/> Supporto sociale
<input type="checkbox"/> Rischio infettivo
<input type="checkbox"/> Broncoaspirazione/
drenaggio posturale
<input type="checkbox"/> Ossigeno-terapia
<input type="checkbox"/> Ventiloterapia
<input type="checkbox"/> Tracheostomia
<input type="checkbox"/> Gestione stomia
<input type="checkbox"/> Eliminazione urinaria-
intestinale
<input type="checkbox"/> Alterazione ritmo sonno-
veglia
<input type="checkbox"/> Intervento educazione
terapeutica | <input type="checkbox"/> Cura ulcere cutanee 1° e 2° grado
<input type="checkbox"/> Cura ulcere cutanee 3° e 4° Grado
<input type="checkbox"/> Prelievi venosi non occasionali
<input type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Telemetria
<input type="checkbox"/> Terapia sottocutanea,
intramuscolare ed infusione
<input type="checkbox"/> Gestione cateteri
<input type="checkbox"/> Trasfusioni
<input type="checkbox"/> Controllo dolore
<input type="checkbox"/> Assistenza stato terminale pazienti
oncologici
<input type="checkbox"/> Assistenza stato terminale pazienti
non oncologici | <input type="checkbox"/> Supervisione continua
<input type="checkbox"/> Assistenza IADL
<input type="checkbox"/> Assistenza ADL
<input type="checkbox"/> Supporto care-giver
<input type="checkbox"/> Trattamento riabilitativo
neurologico
<input type="checkbox"/> Trattamento riabilitativo
Ortopedico
<input type="checkbox"/> Trattam riabilitativo di
mantenimento
<input type="checkbox"/> Disturbi cognitivi
<input type="checkbox"/> Disturbi Comportamentali
<input type="checkbox"/> Alimentazione Assistita
<input type="checkbox"/> Alimentazione Enterale
<input type="checkbox"/> Alimentazione Parenterale |
|--|---|--|

Attività programmate infermieristiche

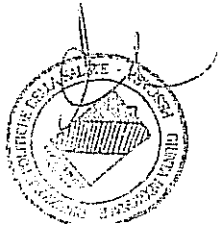
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Educazione del care-giver per
La presa in carico del paziente
<input type="checkbox"/> Educazione del care giver
all'utilizzo corretto dei presidi,
ausili e dispositivi, e alla
corretta applicazione delle
indicazioni terapeutiche e
farmacologiche
<input type="checkbox"/> Prelievi
<input type="checkbox"/> Supporto Trasfusionale
<input type="checkbox"/> Gestione stomie/drenaggi | <input type="checkbox"/> Gestione catetere peridurale
<input type="checkbox"/> Gestione CVC/CVP
<input type="checkbox"/> Bronco aspirazione
<input type="checkbox"/> Medicazioni semplici
<input type="checkbox"/> Medicazioni complesse
(lesioni da decubito, ecc.)
<input type="checkbox"/> Gestione terapie iniettive
<input type="checkbox"/> Gestione terapie infusionali
<input type="checkbox"/> Gestione alvo/diuresi
<input type="checkbox"/> Gestione cateterismo
vescicale | <input type="checkbox"/> Esecuzione ECG
<input type="checkbox"/> Gestione della nutrizione
artificiale (SNG/PEG)
<input type="checkbox"/> Dialisi peritoneale
<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____ |
|---|---|--|

Attività programmate fisioterapiche

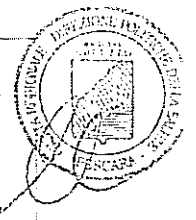
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> educazione e istruzione del care-giver/paziente
<input type="checkbox"/> educazione all'utilizzo di ausili e protesi
<input type="checkbox"/> rieducazione motoria per paziente neurologico
<input type="checkbox"/> rieducazione motoria per paziente ortopedico
<input type="checkbox"/> rieducazione motoria per sindrome da
immobilizzazione/ipocinetica
<input type="checkbox"/> rieducazione respiratoria | <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____ |
|--|--|

Attività programmate operatore socio sanitario

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Igiene personale a persone allettate o con lesioni cutanee
<input type="checkbox"/> Bagno assistito
<input type="checkbox"/> Posizionamenti e mobilizzazione
<input type="checkbox"/> Supporto alle prestazioni infermieristiche | <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____ |
|--|--|



Attività programmate altro operatore _____



<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Accessi del medico di medicina generale/ pediatra di libera scelta

<input type="checkbox"/> n. _____ volte al giorno	<input type="checkbox"/> ogni _____ giorni	<input type="checkbox"/> n. _____ volte a settimana
---	--	---

Frequenza e durata accesso infermieristico

<input type="checkbox"/> n. _____ volte al giorno	<input type="checkbox"/> ogni _____ giorni	<input type="checkbox"/> n. _____ volte a settimana
Tempistica media	<input type="checkbox"/> min. _____	

Frequenza e durata accesso del fisioterapista

<input type="checkbox"/> n. _____ volte al giorno	<input type="checkbox"/> ogni _____ giorni	<input type="checkbox"/> n. _____ volte a settimana
Tempistica media	<input type="checkbox"/> min. _____	

Frequenza e durata accesso dell'operatore socio sanitario

<input type="checkbox"/> n. _____ volte al giorno	<input type="checkbox"/> ogni _____ giorni	<input type="checkbox"/> n. _____ volte a settimana
Tempistica media	<input type="checkbox"/> min. _____	

Frequenza e durata accesso da altro operatore

<input type="checkbox"/> n. _____ volte al giorno	<input type="checkbox"/> ogni _____ giorni	<input type="checkbox"/> n. _____ volte a settimana
Tempistica media	<input type="checkbox"/> min. _____	

Consulenze specialistiche programmate domiciliari

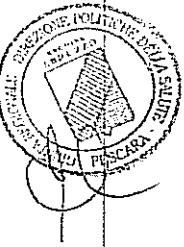
<input type="checkbox"/> Cardiologo	<input type="checkbox"/> Algologo	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Chirurgo-Vulnologo	<input type="checkbox"/> Dermatologo	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Ortopedico	<input type="checkbox"/> Neurologo	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Fisiatra	<input type="checkbox"/> Nutrizionista	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Geriatra	<input type="checkbox"/> Psicologo	<input type="checkbox"/> _____

Presidi/ausili contemplati nel nomenclatore tariffario e autorizzati

<input type="checkbox"/> Letto ortopedico	<input type="checkbox"/> Bronco aspiratore	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Materasso antidecubito	<input type="checkbox"/> C-PAP	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Carrozzina	<input type="checkbox"/> Pannoloni	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Deambulatore	<input type="checkbox"/> Traverse	<input type="checkbox"/> _____



Macro obiettivo



Scadenziario verifiche			
<input type="checkbox"/> un mese	<input type="checkbox"/> due mesi	<input type="checkbox"/> tre mesi	<input type="checkbox"/> altro

Piano assistenziale domiciliare autorizzato
<input type="checkbox"/> Cure domiciliari I livello <input type="checkbox"/> Cure domiciliari II livello <input type="checkbox"/> Cure domiciliari III livello <input type="checkbox"/> Cure domiciliari Cure Palliative Malati Terminali

Ruolo	Nominativo	Firma
Direttore DS o suo delegato		
Medico Medicina Generale UCAD		
Assistente sociale ente ambito sociale Coordinatore inferm. o suo delegato		
MMG/PLS del paziente		
Geriatra		
Fisiatra		

Firma del Paziente

Firma del Familiare/Care-giver



VALUTAZIONE	Assenza						
	Problema:						
	Valutazione dolore 0-1-2						
	Valutazione dolore 3-4-5						
	Valutazione dolore 6-7						
	Valutazione dolore 8-9-10						
	Tollerabilità						
	interferisce con le attività quotidiane						
	Intervento educativo	1	1	1	1	1	1
	Uso terapia	2	2	2	2	2	2
FAMIGLIA / SOCIALE	Presente collaborante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Problema:						
	Assente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Presente non collaborante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Presenza badante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Presenza Servizi Sociali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interventi assistenziali:						
	Informazione istruzione familiare	1	1	1	1	1	1
	Informazione istruzione operatore sociale	2	2	2	2	2	2
	Informazione istruzione badante	3	3	3	3	3	3
Accessi infermieristici	4	4	4	4	4	4	
Attivazione servizi sociali	5	5	5	5	5	5	

LEGENDA:

<=15 assistenza di base
 16-30 media assistenza
 31-45 elevata assistenza
 47>= assistenza intensiva

Tollerabilità:

1 molto tollerabile
 2 tollerabile
 3 poco tollerabile
 4 insopportabile

Interferisce con le attività quotidiane?

1 poco
 2 qualche volta
 3 molto
 4 da non riuscire a fare niente

NOTE:

**PATTO DI ASSISTENZA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO
PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

Io sottoscritto/a _____

in qualità di:

- paziente che necessita di Cure Domiciliari
- familiare referente del paziente _____
- legale rappresentante del paziente _____



A i sensi e per gli effetti della Legge 675/1996 e del D.L. 196/2003

ESPRIMO LIBERAMENTE IL CONSENSO

al trattamento dei dati personali relativi al paziente, consapevole che il trattamento riguarderà anche i dati idonei a rilevare lo stato di salute psicofisica, esclusivamente ai fini di prevenzione, di diagnosi, di cura, nonché per la compilazione della cartella clinica, di certificati, di relazioni e di altri atti connessi all'esercizio delle attività istituzionali ed, inoltre, per i documenti relativi alla gestione amministrativa.

Autorizzo, inoltre, l'Azienda A.S.L. _____ a comunicare ad altre istituzioni pubbliche (Comune, Provincia, Regione) i dati strettamente necessari alla soluzione di specifici problemi socio-sanitari che riguardino l'interessato e che siano strettamente connessi con lo stato di "assistito a domicilio".

SI NO

Dichiaro, di aver sottoscritto il "Piano Assistenziale Individualizzato", di essere stato ben informato sulle modalità di erogazione delle prestazioni, della durata del trattamento e della frequenza degli accessi degli operatori socio-sanitari durante l'assistenza domiciliare. Le prestazioni di cui sopra, la cui responsabilità clinico-terapeutica è affidata al MMG/PLS, sono erogate da diversi professionisti socio-sanitari.

Il "Piano Assistenziale Individualizzato" potrà subire delle modifiche, in base alle mutate condizioni di salute. In tal caso verrà redatta una variazione del P.A.I.

Dichiaro inoltre di essere stato messo a conoscenza che il termine del trattamento domiciliare potrà essere anticipato su mia richiesta oppure per risoluzione delle patologie prima della data prevista. Mi impegno a custodire diligentemente presso il domicilio del paziente la Cartella Domiciliare fino al momento della riconsegna al Distretto da parte del MMG/PLS o suo delegato.

Dichiaro di aver compreso quanto sopra e di essere stato informato dal _____

Inoltre, si dichiara che il paziente è residente a: _____

Li, [] / [] / [] [] [] []

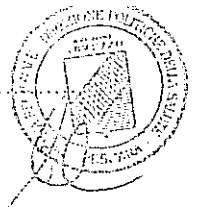
FIRMA _____

RISOLUZIONE ANTICIPATA DEL PATTO DI ASSISTENZA

Su richiesta del: paziente familiare referente legale rappresentante del paziente
si recede anticipatamente dal Piano Assistenziale Individualizzato, contro il parere degli operatori sanitari, sollevando gli stessi da ogni responsabilità, per il seguente motivo:



Firma



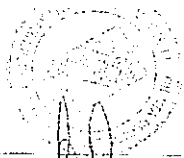
DIARIO INTEGRATO

PAZIENTE: COGNOME _____ NOME _____

MESE _____ ANNO _____

DATA	ORA	SIGLA OPERA TORE ¹	INTERVENTI/OSSERVAZIONI	FIRMA

¹ OPERATORE: INF. EST. - INF. ASL - FKT - MMG - PLS - GM - SPEC. - PSIC. - ASS. SOC. COMUNE
 - ASS. SOC. ASL - DIET. - OSA - OSS - OSSS.



PAZIENTE: COGNOME _____ NOME _____

MESE _____ ANNO _____

DATA	ORA	OPERATORE ²	INTERVENTI/OSSERVAZIONI	FIRMA

² OPERATORE: INF. EST. - INF. ASL - FKT - MMG - PLS - GM - SPEC. - PSIC. - ASS. SOC. COMUNE - ASS. SOC. ASL - DIET. - OSA - OSS - OSSS.



SCHEDA ANAMNESTICA PER L'AMMISSIONE AL SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI

DATI ANAGRAFICI UTENTE

Cognome | _____ | Nome | _____

Luogo di nascita: | _____ | Data di nascita | ____/____/____

Nazionalità: Italiana Unione Europea Extracomunitaria

Sesso: maschio
 femmina

stato civile: celibe/nubile
 coniugato/a o convivente
 separato/a o divorziato/a
 vedovo/a
 non dichiarato

Invalità civile No Si Legge 104/92 (allegare documentazione)

Codice fiscale | _____ |

Residenza | _____ | via | _____ | n. _____

compilare solo se il domicilio è diverso dalla residenza

Domicilio | _____ | via | _____ | n. _____

Nome sul campanello: | _____ |

Recapiti telefonici 1) | _____ | 2) | _____ |

MEDICO DI MEDICINA GENERALE O PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

Cognome | _____ | Nome | _____

recapiti telefonici 1) | _____ | 2) | _____ |

fax | _____ |

Diagnosi principale: | _____ | ICD-9 | _____ |

1° diagnosi concomitante: | _____ | ICD-9 | _____ |

2° diagnosi concomitante: | _____ | ICD-9 | _____ |

3° diagnosi concomitante: | _____ | ICD-9 | _____ |

CONDIZIONE FAMILIARE DEL PAZIENTE

Il paziente vive: solo con il coniuge con i figli altri _____

Numero di conviventi (escluso il paziente) _____ Badante SI NO

Situazione familiare: famiglia collaborante in grado di fornire assistenza
 famiglia che necessita di aiuto per la cura dell'utente
 famiglia incapace o non collaborante
 senza famiglia

FAMILIARE DI RIFERIMENTO

Cognome | _____ | Nome | _____

RECAPITO TELEFONICO | _____ |



CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE



Stato di coscienza: ORIENTATO DISORIENTATO COMA

Respirazione: AUTONOMA VENTILAZIONE ASSISTITA MECCANICA OSSIGENO

Paziente collaborante: SI NO

Deambulazione autonoma: SI NO

Alimentazione: AUTONOMA SONDINO NASO-GASTRICO PEG APT ALTRO _____

Continenza urinaria: SI NO

- pannoloni
- catetere vescicale, tipo _____
- altro _____

Continenza fecale: SI NO

Portatore di stomia: NO SI modello e misura _____

Accesso venoso centrale: NO SI tipo e gestione _____

Allergie e intolleranze: _____

Lesioni da decubito: NO SI

sede e grado _____

Ausili/Protesi: SI NO

specificare _____

Terapia farmacologica: NO SI

Specificare _____

PROPOSTA ACCESSI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE/ PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

n. _____ volte al giorno

ogni _____ giorni

n. _____ volte a settimana

PROPOSTA FREQUENZA E DURATA ACCESSO INFERMIERISTICO

n. _____ volte al giorno

ogni _____ giorni

n. _____ volte a settimana

Tempistica media

min. _____

PROPOSTA FREQUENZA E DURATA ACCESSO DEL FISIOTERAPISTA

n. _____ volte al giorno

ogni _____ giorni

n. _____ volte a settimana

Tempistica media

min. _____

PROPOSTA FREQUENZA E DURATA ACCESSO DELL'OPERATORE SOCIO SANITARIO

n. _____ volte al giorno

ogni _____ giorni

n. _____ volte a settimana

Tempistica media

min. _____

Data []/[]/[]

TIMBRO E FIRMA MEDICO

Cute perilesionale

x MANIFESTAZIONE	Definizione
normale	La cute non presenta nessun segno di sofferenza, si presenta ben deteresa ed idratata
macerazione	Contatto prolungato nel tempo con liquidi che determinano alterazione del ph e della struttura della cute
Eritema	Arrossamento della pelle determinato dall'aumentata vasodilatazione del derma superficiale
Edema	Accumulo di liquido in un punto/i ben circoscritto/i
Infiemmazione o flogosi	Complesso dei processi locali con i quali l'organismo risponde all'azione di agenti nocivi per i tessuti
Secca	Desquamazione furfuracea che in alcuni casi estremi evolve verso la xerosi con ragadi. La cute secca è molto facilmente aggredibile, può essere responsabile di sensibilizzazione e dermatite da contatto allergica
Papule	Lesione rilevata, circoscritta di dimensioni inferiori al cm non contenente liquido
Flittene	Accumulo di liquido in un punto ben circoscritto. Si formano per un'infiemmazione della pelle. Possono avere dimensioni che vanno da una gocciolina perlacea fino a bolle di parecchi centimetri
Prurito	Tipica situazione di fastidio dermico, per cui viene spontaneo grattarsi la pelle, in certi casi eccessivamente, arrivando addirittura a creare delle vere e proprie ferite, possibili cause di infezioni

Parametri infezione	Usi	ino
<input type="checkbox"/> essudato purulento		
<input type="checkbox"/> aumento essudazione		
<input type="checkbox"/> aumento dimensioni ulcera		
<input type="checkbox"/> arresto guarigione		
<input type="checkbox"/> comparsa/aumento dolore		
<input type="checkbox"/> odore nauseabondo		
<input type="checkbox"/> fragilità/facile sanguinamento del fondo		
<input type="checkbox"/> colore verdastro		
<input type="checkbox"/> linfangite		
<input type="checkbox"/> cellulite		

Valutazione del dolore

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

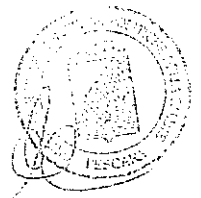
Valutazione dolore da cambio di medicazione

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Valutazione dolore da medicazione

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

MEDICAZIONI	
Presidio	
Frequenza	



BENDAGGIO		<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/>	Terapia compressiva		
<input type="checkbox"/>	Bendaggio multistrato		
<input type="checkbox"/>	Calza elastica		
<input type="checkbox"/>	Altro		

ESSUDATO	
0	Assenza di essudato, lesione secca, presenza di crosta
1	Totalmente controllato, quantità nulla-poca, non richiede medicazioni assorbenti oppure la medicazione può rimanere in sede fino ad 1 settimana
2	Parzialmente controllato, quantità moderata, la medicazione può essere cambiata ogni 2-3 giorni
3	Non controllato, ferita iperessudante, è richiesto un cambio di medicazione assorbente 1 o più volte al giorno



PUSH TOOL SCALE

"Push Tool Scale" è uno strumento di valutazione e monitoraggio dello stato delle lesioni da pressione.

Ciascuno dei parametri vengono convertiti in un sub-score, i 3 punteggi vengono sommati per produrre un punteggio totale che sarà sempre compreso tra "0" (ferita chiusa) e "17" (punteggio massimo).

Lunghezza x larghezza

- misurare la lunghezza e la larghezza massima, moltiplicare queste due misure per determinare l'area (utilizzare sempre lo stesso metodo)

Essudato

- Stima della quantità di essudato

Tipo di tessuto

Tipo di tessuto presente sul letto della ferita

- Score "4" tessuto necrotico presente (tessuto nero, marrone che aderisce sul letto della ferita)
- Score "3" se c'è qualsiasi quantità di slough (tessuto giallo o bianco che aderisce sul letto della ferita)
- Score "2" ferita pulita con tessuto di granulazione (tessuto rosa o rosso umido con aspetto granulare)
- Score "1" ferita riepitelizzata (superficie nuova, tessuto rosa)
- Score "0" ferita chiusa, completamente ricoperta di epitelio (nuova pelle)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SUBTOTALE
LUNGHEZZA X LARGHEZZA cm ²	0 cm ²	>0.3 cm ²	0.3 - 0.6 cm ²	0.7-1.0 cm ²	1.2 -2.0 cm ²	2.1 - 3.0 cm ²	3.0-4.0 cm ²	4.1-8-0 cm ²	8.1- 12.0 cm ²	12.1- 24.0 cm ²	>24.0 cm ²	
ESSUDATO	0 ASSENTE	1 LIEVE	2 MODESTO	3 ELEVATO								
TIPOLOGIA DI TESSUTO	CUTE INTEGRA	TESSUTO EPITELIALE	TESSUTO DI GRANULAZIONE	SLOUGH	TESSUTO NECROTICO							
Punteggio TOTALE												





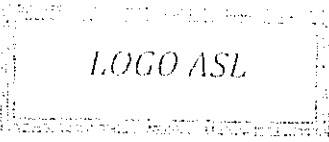
DATA/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
Area Sub- totale	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Essudato Sub- totale	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Tessuto Sub- totale	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
PUNTEGGIO TOTALE	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

I parametri in considerazione sono le caratteristiche più indicative della guarigione:

- *area*
- *quantità di essudato*
- *tessuti presenti nel letto della lesione*

Ad ogni parametro si attribuisce dei punteggi parziali. Il punteggio totale rappresenta la valutazione complessiva della lesione.





CONSULENZE SPECIALISTICHE



Cognome _____

Nome _____

CONSULENZA : _____ Data ____ / ____ / ____

TERAPIA CONSIGLIATA

Timbro e Firma
dello Specialista

CONSULENZA : _____ Data ____ / ____ / ____

TERAPIA CONSIGLIATA

Timbro e Firma
dello Specialista