

SCHEDA DI ATTIVAZIONE A.D.I. - UOCP

DISTRETTO DI _____

SCHEDA DI SEGNALAZIONE / ATTIVAZIONE: ADI ADI + UOCP

Il sottoscritto Dott. _____ Tel. _____ Cell. _____

CERTIFICA CHE L'ASSISTITO

Cognome e nome _____ Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ N. _____

Domiciliato a _____ Via _____ N. _____

Codice fiscale _____ Telefono _____

Stato civile: celibe/nubile coniugato separato divorziato vedovo non dichiarato

Nucleo familiare convivente n. _____ persone

Assistente non familiare convivente : presente assente

Nominativo caregiver: _____

necessita di:

- ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)
- ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI + UOCP)

In quanto:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Malato terminale | <input type="checkbox"/> Riabilitazione in neurolesi |
| <input type="checkbox"/> Malattie progressive invalidanti che necessitano di interventi complessi | <input type="checkbox"/> Malattie acute temporaneamente invalidanti |
| <input type="checkbox"/> Incidente vascolare acuto | <input type="checkbox"/> Forme Respiratorie |
| <input type="checkbox"/> Grave frattura in anziano | <input type="checkbox"/> Altro |
| <input type="checkbox"/> Riabilitazione in vasculopatico | <input type="checkbox"/> Dimissioni protette da strutture ospedaliere |
| | <input type="checkbox"/> Altro |

DIAGNOSI

Patologia prevalente: _____

Patologia concomitante:

1. _____
2. _____
3. _____

MOTIVO DELLA RICHIESTA

1	<input type="checkbox"/> medicazioni	11	<input type="checkbox"/> nutrizione entrale domiciliare
2	<input type="checkbox"/> terapia iniettiva	12	<input type="checkbox"/> gestione stomia
3	<input type="checkbox"/> terapia infusione	13	<input type="checkbox"/> educazione sanitaria e counselling
4	<input type="checkbox"/> prelievi ricorrenti	14	<input type="checkbox"/> cure palliative
5	<input type="checkbox"/> cateterismo vescicale	15	<input type="checkbox"/> gestione drenaggio
6	<input type="checkbox"/> esami strumentali (ECG/HGT)	16	<input type="checkbox"/> vac terapia
7	<input type="checkbox"/> gestione catetere venoso centrale	17	<input type="checkbox"/> monitoraggio clinico domiciliare
8	<input type="checkbox"/> terapia antalgica	18	<input type="checkbox"/> rieducazione e counseling
9	<input type="checkbox"/> addestramento	19	<input type="checkbox"/> terapia parenterale nutrizionale
10	<input type="checkbox"/> sorveglianza infermieristica	20	<input type="checkbox"/> altro _____

PROPOSTA DI PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE (PAI):

SANITARI OPERATORI	Cadenza accessi prevista *
MEDICO MMG / PLS	
MEDICO SPECIALISTA	
INFERMIERI	
TERAPISTI DELLA RIABILITAZIONE	
ALTRO:	
OPERATORI SERV. SOCIO ASSISTENZIALE	Cadenza accessi prevista
ASSISTENTE SOCIALE	
OPERATORE SOCIO SANITARIO	
ALTRO	

(*) ogni variazione della cadenza degli accessi del MMG/PLS deve essere registrata in cartella indicando il motivo di tale variazione.

DURATA PRESUNTA INTERVENTO IN ADI o ADI + UOCP: _____

NOTA:

- all'apertura del caso allegare la scheda di valutazione multidimensionale iniziale (scheda 1);
- la durata presunta dell'intervento in ADI o in ADI + UOCP è di tre mesi massimi rinnovabili;
- il/i rinnovo/i, al termine del/i trimestri, deve essere annotato in cartella clinica indicandone le motivazioni;
- nel caso di variazioni sostanziali dell'autonomia e dei bisogni assistenziali, e comunque al termine di ogni trimestre, dovrà essere effettuata una nuova rivalutazione utilizzando la scheda di valutazione multidimensionale successiva alla prima (scheda 2) da allegare alla cartella clinica ADI; la mancata compilazione da parte del MMG o PLS della scheda di rivalutazione trimestrale successiva alla prima conferma la valutazione precedente (presupposto del silenzio assenso del medico).

- L'assistito fornisce il consenso al trattamento dei dati personali e sanitari, con riferimento alle prestazioni sanitarie del progetto di assistenza, secondo quanto previsto dal D. Lgs 196/2003 e s.m.i.

Firma _____

La cartella integrata dovrà essere conservata al domicilio per tutta la durata delle cure domiciliari a cura dell'assistito o del familiare di riferimento individuato che **si impegna alla restituzione della stessa, dei farmaci non utilizzati e dei presidi in prestito d'uso** alla Centrale Operativa delle Cure Domiciliari del Distretto **alla cessazione del periodo di Assistenza Domiciliare Integrata.**

Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e art. 13 del Reg. UE 2016/679:
 'Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1,, esclusivamente ai fini del presente procedimento.
 I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).
 L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P., Via Carlo Boggio 12 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslcn1.it
 Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)

CONSENSO ALL'ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI e ADI + UOCP)

Firma paziente			
In caso di paziente impossibilitato a firmare o a esprimere un consenso			
	Firma	Indirizzo	Telefono
FAMILIARE			
PERSONA DI FIDUCIA			

Data _____ Firma MMG/PLS _____

AUTORIZZAZIONE

Autorizzazione N° _____ del _____

DATA e ORA ATTIVAZIONE ADI _____

Firma Direttore Distretto o delegato _____

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il presente modulo viene utilizzato dal MMG/PLS per la segnalazione/attivazione ADI – ADI + UOCP dei propri assistiti

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

La dichiarazione è resa dal MMG/PLS

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo deve essere consegnato al Distretto territorialmente competente

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

Il Distretto territorialmente competente, verificata la sussistenza dei requisiti previsti dalla normativa vigente, provvede all'autorizzazione della richiesta e contestuale attivazione del servizio richiesto.

RIFERIMENTI

Distretti	http://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/distretti-sanitari/assistenza-domiciliare/
------------------	---