

PROPOSTA DI ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA (ADP)

DISTRETTO _____

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 PROGRAMMATA (ADP)

DIAGNOSI

Patologia prevalente: _____

Patologia concomitante: _____

MOTIVO DELLA RICHIESTA : Monitoraggio clinico Altro

CATEGORIA DI APPARTENENZA

1) impossibilità permanente a deambulare

- ultrasessantacinquenni con deficit alla deambulazione
- portatori di protesi arti inferiori con gravi difficoltà a deambulare

2) impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni

- paziente non autosufficiente
- ultrasessantacinquenni abitanti in piani alti senza ascensore
- ultraottantenni senza parenti o conoscenti disponibili a trasportarli con mezzi privati

3) impossibilità per gravi patologie che necessitano di controlli periodici sia in relazione al quadro socio ambientale che al quadro clinico

- insufficienza cardiaca in stato avanzato
- gravi arteriopatie obliterante degli arti inferiori con grave limitazione
- insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale
- cerebropatici o cerebrolesi con grave limitazione
- tetraplegici – paraplegici
- arteriopatía obliterante agli arti inferiori in stato avanzato

FREQUENZA DEGLI ACCESSI PROGRAMMATI: settimanale quindicinale mensile

DURATA INTERVENTO IN A.D.P. : TRIMESTRALE SEMESTRALE ANNUALE

Data _____

Firma MMG /PLS _____

AUTORIZZAZIONE

AUTORIZZAZIONE N° _____ DEL _____

Firma Direttore Distretto o delegato _____

NOTE

- all'apertura del caso allegare la scheda di valutazione multidimensionale iniziale (scheda 1);
- ogni variazione della cadenza degli accessi del MMG/PLS deve essere registrata nel diario clinico, indicando il motivo di tale variazione ed informandone il distretto via E-MAIL all'indirizzo del distretto territorialmente competente (distretto.sudovest@aslc1.it - distretto.sudest@aslc1.it - distretto.nordovest@aslc1.it - distretto.nordest@aslc1.it);
- 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 inoltrare al Distretto entro 5 giorni lavorativi; il non invio da parte del MMG o PLS della scheda di rivalutazione trimestrale successiva alla prima conferma la valutazione precedente (presupposto del silenzio assenso del medico).

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il presente modulo viene utilizzato dal MMG per proporre l'Assistenza Domiciliare Programmata per i propri assistiti, appartenenti ad una delle categorie contemplate nel modulo stesso.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

La proposta di A.D.P. è resa dal MMG

MODALITA' 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, provvede all'autorizzazione della richiesta.

RIFERIMENTI

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