

RICHIESTA INTERVENTO DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE (SID)

DISTRETTO _____

Il sottoscritto Dott. _____ Tel. _____ Cell. _____

RICHIESTE PER 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: _____

VISITA MEDICA DOMICILIARE DEL _____

DIAGNOSI

Patologia prevalente: _____

Patologia concomitante: _____

Paziente attualmente in ADP: SI NO Paziente attualmente in SRD: SI NO

INTERVENTO DOMICILIARE - Compreso i festivi Si NO - PER:

TERAPIA INIETTIVA/INFUSIONALE

(per la richiesta di terapia iniettiva/infusionale antibiotica deve essere riportata l'anamnesi allergologica in rapporto al farmaco prescritto)

Via di somministrazione	Nome farmaco	Posologia	Durata trattamento
<input type="checkbox"/> intramuscolo			
<input type="checkbox"/> sottocutanea			
<input type="checkbox"/> endovenosa			
<input type="checkbox"/> ipodermica			

Anamnesi allergologica: negativa positiva

valutazione infermieristica per: _____

medicazioni _____

gestione catetere venoso centrale - Tipo di catetere venoso: _____

prelievi ricorrenti

cateterismo vescicale

gestione stomia

terapia antalgica

nutrizione enterale domiciliare

Haemoglucotest

altro _____

Educazione sanitaria all'autocura per:

terapia SC

terapia EV/CVC

terapia per os

medicazioni semplici

gestione catetere vescicale

prevenzione lesioni da decubito

gestione stomia

Altro _____

DATA _____

Firma MMG/PLS _____

- all'apertura del caso allegare la scheda di valutazione multidimensionale iniziale (scheda 1);
- 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)

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL Reg. UE 2016/679:

'Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al 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 (art. 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)

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il presente modulo viene utilizzato dal MMG/PLS per richiedere l'intervento del Servizio infermieristico domiciliare (SID).

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

La richiesta è compilata dal MMG/PLS.

MODALITA' DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo deve essere consegnato al Servizio Territoriale – Centrale Operativa del Distretto territorialmente competente

con diverse modalità.

Il modulo può essere:

- a) firmato e consegnato di persona ad uno Sportello Distrettuale – Centrale Operativa dell'ASL CN1
- b) firmato e spedito per posta, da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it , indicando il Distretto di residenza;
- c) firmato digitalmente e trasmesso mediante invio telematico da PEC all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it , indicando il Distretto di residenza

Avvertenze

Si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

Il Personale Infermieristico distrettuale territorialmente competente, verificata la richiesta, provvede all'attivazione del servizio richiesto.

RIFERIMENTI

Distretti	https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/assistenza-domiciliare
------------------	---