

SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE – CURE DOMICILIARI
Cartella Integrata Cure Domiciliari – Cure Palliative

DISTRETTO DI: _____

RICHIESTA ATTIVAZIONE CURE DOMICILIARI		pervenuta il ___/___/___ dal Dr. _____ CARTELLA N° _____ del ___/___/___	
COGNOME	_____	NOME	_____
NATO/A A	_____	IL	___/___/___
RESIDENTE A	_____	VIA /	n° _____
DOMICILIATO A	_____	VIA /	n° _____
STATO CIVILE	_____	TITOLO DI STUDIO	_____
SITUAZIONE FAMILIARE Numero coabitanti, famigliari d'appoggio, persone che collaborano nell'assistenza			
CARE GIVER	_____		
PROVENIENZA ASSISTITO	_____		
DIAGNOSI PRINCIPALE	_____		
PATOLOGIE CONCOMITANTI	_____		
INVALIDITÀ	_____	C.F.	_____

<input type="checkbox"/> ADI (ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA)		<input type="checkbox"/> CURE PALLIATIVE	
<input type="checkbox"/> A	MALATTIA TERMINALE	<input type="checkbox"/> D	PATOLOGIA ACUTA O RIACUTIZZATA
<input type="checkbox"/> B	FRATTURA CON POSTUMI	<input type="checkbox"/> E	HIV
<input type="checkbox"/> C	PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE	<input type="checkbox"/> F	ALTRO _____
DURATA PREVISTA ADI / UOCP _____		FREQUENZA ACCESSI MEDICI _____	
INTERVENTO ALTRI OPERATORI _____	<input type="checkbox"/> INFERMIERE PROFESSIONALE	<input type="checkbox"/> FISIOTERAPISTA	<input type="checkbox"/> ALTRO _____

<input type="checkbox"/> ADP (ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA)	
1	IMPOSSIBILITÀ PERMANENTE A DEAMBULARE
<input type="checkbox"/>	GRANDI ANZIANI CON DEFICIT ALLA DEAMBULAZIONE
<input type="checkbox"/>	PORTATORI DI PROTESI AA.II. CON GRAVI DIFFICOLTÀ A DEAMBULARE
<input type="checkbox"/>	ALTRO _____
2	IMPOSSIBILITÀ AD ESSERE TRASPORTATO IN AMBULATORIO CON MEZZI COMUNI
<input type="checkbox"/>	PAZIENTE NON AUTOSUFFICIENTE
<input type="checkbox"/>	PAZIENTE ABITANTE IN PIANO ALTO E SENZA ASCENSORE
<input type="checkbox"/>	ALTRO _____
3	IMPOSSIBILITÀ PER GRAVI PATOLOGIA CHE NECESSITINO DI CONTROLLI PERIODICI SIA IN RELAZIONE ALLA SITUAZIONE SOCIO AMBIENTALE CHE AL QUADRO CLINICO
<input type="checkbox"/>	INSUFFICIENZA CARDIACA IN STADIO AVANZATO
<input type="checkbox"/>	INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CON GRAVE LIMITAZIONE FUNZIONALE
<input type="checkbox"/>	ARTERIOPATIA OBLITERANTE AA.II. IN STADIO AVANZATO
<input type="checkbox"/>	CEREBROPATICI E CEREBROLESII CON FORME GRAVI
<input type="checkbox"/>	GRAVI ARTROPATIE AAII CON GRAVI LIMITAZIONI
<input type="checkbox"/>	PARAPLEGICI E TETRAPLEGICI
<input type="checkbox"/>	ALTRO _____
DURATA PREVISTA ADP _____	
FREQUENZA ACCESSI MEDICI _____	<input type="checkbox"/> SETTIMANALE <input type="checkbox"/> QUINDICINALE <input type="checkbox"/> MENSILE

<input type="checkbox"/> SID (SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE)
RICHIESTA DI _____

<input type="checkbox"/> TRASPORTO

<input type="checkbox"/> TRATTAMENTO RIABILITATIVO DOMICILIARE (SI ALLEGA RICHIESTA DI VISITA FISIATRICA)
--

Raccolto consenso al trattamento dei dati sensibili con riferimento alle prestazioni sanitarie effettuate secondo quanto previsto dal Dlgs 196/2003 e succ. modificazioni

Il sottoscritto si impegna alla restituzione della Cartella Clinica, dei farmaci (non utilizzati) e dei presidi in prestito d'uso alla cessazione del periodo dell'Assistenza Domiciliare Integrata.

Firma del Medico Curante _____

Firma dell'Infermiere _____

Firma del paziente o del famigliare di riferimento _____

.....
Firma del Responsabile di Distretto _____

.....
Firma del Medico UOCP _____

.....

.....

SCALE DI VALUTAZIONE (a cura del MMG)

IADL (Instrumental Activities of Daily Living)

Punti:	4	3	2	1	0
Capacità uso telefono		Di propria iniziativa, alza microfono, compone numero, ecc.	Compone solo alcuni numeri ben conosciuti	E' in grado di rispondere, ma non di chiamare	Non è capace di usare il telefono
Movimenti per acquisti nei negozi		Si prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi	E' in grado di effettuare piccoli acquisti nei negozi	Necessita di essere accompagnato per qualsiasi giro di acquisti	E' del tutto incapace di fare acquisti nei negozi
Mezzi di trasporto	Si sposta da solo su mezzi pubblici o guida propria auto	Organizza i propri spostamenti con taxi, ma non usa mezzi pubblici	Usa mezzi pubblici se accompagnato da qualcuno	Può spostarsi solo con taxi o auto con l'assistenza di altri	Non si sposta per niente
Responsabilità nell'uso dei medicinali			E' in grado di assumere medicinali nelle giuste dosi al giusto tempo	E' in grado di assumere medicinali se preparati in anticipo in dosi separate	Non è in grado di assumere le medicine da solo
Capacità di gestire le proprie finanze			Gestisce operazioni finanziarie da solo (bilanci, scrive assegni, paga affitti, conti, va in banca) raccoglie/ tiene nota entrate	Gestisce acquisti quotidiani, ma necessita di aiuto per operazioni bancarie, acquisti maggiori, ecc	E' incapace di maneggiare il denaro
Punteggio	14-10 Autonomo		9 - 5 Parzialmente autonomo		4-0 Non autonomo

ADL INDICE DI BARTHEL – MOBILITA'

Trasferimento letto-sedia o carrozzina	Indipendente durante tutte le fasi	Necessaria presenza di persona per maggior fiducia o supervisione	Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti	Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona	Non collabora. Necessarie due persone per trasferirlo con o senza sollevatore
	Punti 0	Punti 3	Punti 8	Punti 12	Punti 15
Deambulazione	In grado di usare stampelle, bastoni, walker e protesi e deambul. per 50 m senza aiuto o supervisione, assumere stazione eretta, sedersi e piazzare ausili a portata di mano	Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia < 50m. Necessita supervisione per maggior fiducia o sicurezza in situazioni pericolose	Necessita assistenza per raggiungere ausili o per loro manipolazione, aiuto per cammino su terreni accidentati, presenza costante di assistente/i durante la deambulazione	Necessita presenza costante di assistente/i durante la deambulazione	Non in grado di deambulare e, se tenta, necessita due assistenti
	Punti 0	Punti 3	Punti 8	Punti 12	Punti 15
Uso della carrozzina (da compilare se punteggio per "deambulazione" è 15 ed è addestrato a uso carrozzina)	Capace di compiere autonomamente tutti spostamenti (girare attorno angoli, rigirarsi, avvicinarsi a tavolo, letto, wc, ecc.) con autonomia > 50m	Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevoli. lunghi su terreni e superfici regolari. Necessita assistenza per fare curve strette	Necessaria presenza e assistenza costante di persona per avvicinare carrozzina al tavolo, letto, ecc.	Capace di spostarsi solo per brevi tratti e su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre	Dipende negli spostamenti con la carrozzina
	Punti 10	Punti 11	Punti 12	Punti 14	Punti 15
Scale	In grado salire/scendere 1 rampa con sicurezza, senza aiuto/supervisione, di usare corrimano, bastone o stampelle e di portarli durante salita/discesa	In genere non richiede assistenza. Occasional. necessita supervisione per sicurezza (es. a causa rigidità mattutina, dispnea, ecc.)	Capace di salire e scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione e assistenza	Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili)	Incapace di salire e scendere le scale
	Punti 0	Punti 2	Punti 5	Punti 8	Punti 10
Punteggio	0-14 Si sposta da solo		15-29 Si sposta assistito		30-40 Non si sposta

S.P.M.S.Q. (Short Portable Mental Status Questionare)

+ risposte esatte	- risposte errate	
		1. Che giorno è oggi (giorno, mese, anno?)
		2. Che giorno è della settimana?
		3. Qual è il nome di questo posto?
		4. Qual è il suo numero di telefono? (o indirizzo se non ha il telefono)
		5. Quanti anni ha?
		6. Quando è nato?
		7. Chi è l'attuale Papa? (o Presidente della Repubblica)
		8. Chi era il Papa precedente? (o Presidente della Repubblica)
		9. Qual era il nome di sua madre prima di sposarsi?
		10. Quanto fu "20-3" e ancora -3 fino ad arrivare a 2
Conteggiare il numero totale di risposte errate; sottrarre 1 errore se il soggetto ha frequentato solo le scuole elementari, aggiungere 1 errore se il soggetto ha frequentato le scuole superiori		
Punteggio	0-4 Deterior.to assente-lieve	5-7 Deterioramento moderato
		8-10 Deterioramento grave

A.Di.Co Area dei Disturbi Comportamentali

A	<input type="checkbox"/> Assenza o lievi disturbi cognitivi e del comportamento	C	<input type="checkbox"/> Attività motoria a finalistica
	<input type="checkbox"/> Aggressività verbale		<input type="checkbox"/> Aggressività fisica
B	<input type="checkbox"/> Pone domande ripetitivamente		<input type="checkbox"/> Comportamento socialmente inadeguato/disinibizione
	<input type="checkbox"/> Si sente ansioso, agitato, preoccupato, costantemente inquieto		<input type="checkbox"/> Alterazione severa del ritmo sonno veglia/insonnia grave
	<input type="checkbox"/> Allucinazioni/deliri		<input type="checkbox"/> Rifiuto dell'assistenza
			<input type="checkbox"/> Comportamento alimentare gravemente alterato
Punteggio	A Assenti lievi	Qualsiasi B Moderati	Qualsiasi C Gravi

NRS Scala Numerica

(a cura del Medico di medicina generale e a seguito del Servizio UOCP)

Considerando una scala da 0 a 10 in cui a 0 corrisponde l'assenza di dolore e a 10 il massimo di dolore immaginabile, quanto valuta l'intensità del suo dolore?



Solo per ADI+UOCP: Karnofsky Performance Status all'ingresso: _____% (cfr legenda allegata alla cartella)

(a cura del MMG)

Tipologia e motivazione degli interventi programmati e loro cadenza settimanale per ciascun operatore:

1.
2.
3.

Attivazione O.S.S. in data ___/___/_____

Materiale protesico necessariorichiesto in data ___/___/_____

PAI (Piano Assistenziale Individualizzato)

(a cura del MMG e/o del CPSI Cure a Domicilio)

Sintesi dei problemi a carattere assistenziale

1.
2.
3.
4.

Obiettivi

1.
2.
3.
4.