

AZIENDA U.S.L. FROSINONE

ASSISTENZA PROGRAMMATA DOMICILIARE
(G.U. n.260 suppl.n.69 del 07/11/90)

Cognome -			Nome -			Sesso	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	M		
Luogo di nascita -					Il-							
Stato civile -					Residenza -							
Via -					Tel. -							
Cod. Regionale n. -					Esenzione Ticket-							
INVALIDO CIVILE			<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	GUERRA		<input type="checkbox"/>		
							LAVORO		<input type="checkbox"/>			
							SERVIZIO		<input type="checkbox"/>	Cat.		
DISABILE	<input type="checkbox"/>	ANZIANO	<input type="checkbox"/>				CIVILE		<input type="checkbox"/>			
CRONICO	<input type="checkbox"/>	ACUTO	<input type="checkbox"/>				CIV.CON ACCOM		<input type="checkbox"/>			
Riconosciuto il :												
			PARZIALE -		<input type="checkbox"/>	TEMPORANEO -		<input type="checkbox"/>				
NON AUTOSUFFICIENTE												
			TOTALE -		<input type="checkbox"/>	PERMANENTE -		<input type="checkbox"/>				
MEDICO CURANTE DR												
Recapito telefonico :												
Orario ambulatorio					Accesso Domiciliare							
LUN -					SETTIMANALE						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAR-											<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MER-					QUINDICINALE						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GIO-											<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VEN-					MENSILE						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SAB-											<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOTE												
DATA:					Firma:							

A partire da _____ Presumibilmente per mesi _____ (massimo 12 rinnovabili) **C**

Ritengo necessario recarmi a visitarlo al suo domicilio con cadenza

D

<input type="checkbox"/> settimanale	<input type="checkbox"/> quindicinale	<input type="checkbox"/> mensile	Previsione iniziale in data _____
Successive eventuali variazioni			
<input type="checkbox"/> settimanale	<input type="checkbox"/> quindicinale	<input type="checkbox"/> Mensile	1^ variazione in data _____
<input type="checkbox"/> settimanale	<input type="checkbox"/> quindicinale	<input type="checkbox"/> mensile	2^ variazione in data _____
<input type="checkbox"/> settimanale	<input type="checkbox"/> quindicinale	<input type="checkbox"/> mensile	3^ variazione in data _____

Per effettuare le prestazioni o gli interventi qui sotto specificati

E

Il paziente necessita inoltre delle seguenti prestazioni domiciliari:

F

<input type="checkbox"/> Infermieristiche	<input type="checkbox"/> Terapia iniettiva	<input type="checkbox"/> Prelievi di sangue	<input type="checkbox"/> Controlli glicemici	
Medicazione <input type="checkbox"/>	Stomie <input type="checkbox"/>	Decubiti <input type="checkbox"/>	Ulcere var./distrof. <input type="checkbox"/>	Altra medicazione (ferita chir. Ecc.) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mobilizzazione anti-decubito				
<input type="checkbox"/> Cambio catetere	<input type="checkbox"/> Lavaggio vescicale			
(nel maschio l'operazione può essere eseguita solo dal medico o, comunque, in sua presenza e sotto il suo diretto controllo)				
<input type="checkbox"/> Misurazioni ripetute pressione arteriosa				
<input type="checkbox"/> Istruzioni al paziente e/o ai familiari circa la terapia, la dieta, ecc.				
<input type="checkbox"/> Clisteri ripetuti con eventuale estrazione manuale delle feci.				
<input type="checkbox"/> Altro: specificare _____				

ATTENZIONE: il paziente è HbsAg + SI NO

Il paziente è allergico a _____
 - non infermieristiche (da parte di assistente domiciliare, fisioterapista, logopediste, assistente sociale, ecc.)
 1 _____
 2 _____
 3 _____

In fede
Dr

(timbro e firma)

Cod. reg. N.

Li,

(da modificarsi a cura del medico)

G

La presente proposta di attivazione di Assistenza Programmata Domiciliare è stata Presentata al Distretto il _____ Approvata il _____
 L'Assistenza Programmata Domiciliare è terminata _____
 Il _____ A causa di: _____ (timbro e firma del responsabile del Distretto)

<input type="checkbox"/> Miglioramento delle condizioni cliniche		
Ricovero in: <input type="checkbox"/> Ospedale	<input type="checkbox"/> Casa di Riposo o simili	<input type="checkbox"/> Altra struttura
<input type="checkbox"/> Decesso	<input type="checkbox"/> Cambio medico	<input type="checkbox"/> Cambio residenza
<input type="checkbox"/> Altro specificare _____		

ASSISTENZA PROGRAMMATA DOMICILIARE

Oggetto: proposta di attivazione Assistenza Programmata Domiciliare
(ex art. 26, comma 1 lettera a della vigente Convenzione per la Medicina Generale)

Al Responsabile del Distretto socio-Sanitario n. ____

Il mio assistito, i cui dati anagrafici sono in seguito riportati

Cognome		Nome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sesso
Data di nascita	Comune di nascita		Comune di residenza		
Via	N. Civico	Recapito telefonico			
Da compilarsi a cura del Distretto					
N. Tessera sanitaria			N. eventuale esenzione ticket		

Necessita dell'Assistenza Programmata prevista dalla vigente Convenzione
Per la Medicina Generale. Si tratta infatti di :

Paziente con:

Impossibilità assoluta a deambulare

Gravi difficoltà a deambulare, con impossibilità a raggiungere l'ambulatorio con comuni mezzi, quali ad esempio l'automobile o i mezzi pubblici

Indicare il tipo di impedimento logistico

Abitazione in piano alto e senza ascensore

REALE impossibilità ad essere accompagnato in ambulatorio (né dai familiari, né dai volontari)

Altro specificare _____

A motivo di:

Età avanzata	<input type="checkbox"/> Come principale o unico motivo	<input type="checkbox"/> Assieme ad altro motivo
<input type="checkbox"/> Arteriopatia obliterante arti inferiori in stadio avanzato	<input type="checkbox"/> Insufficienza cardiaca in stadio avanzato	
<input type="checkbox"/> Grave arteriopatia arti infer. con grave funzionale	<input type="checkbox"/> Insuff. Respiratoria con grave limitazione funzionale	
<input type="checkbox"/> Protesi arti inferiori	<input type="checkbox"/> Cerebropatia o lesioni cerebrali gravi	
<input type="checkbox"/> Neoplasia in stadio avanzato	<input type="checkbox"/> Tetraplegia	
<input type="checkbox"/> Altro specificare _____		

Il paziente presenta: Colostomia Ileostomia Urostomia Laringostomia Altra stomia

In particolare, la diagnosi è la seguente:
