

**AZIENDA SANITARIA LOCALE PROVINCIA DI BARI**Distretto Socio Sanitario Uno
Molfetta-Giovinazzo

Prot. n. _____

Data _____

CURE DOMICILIARI

(ADS, ADI I° - II° - III° livello, ADO, Cure palliative, Hospice)

Piano di Assistenza Individuale

Seduta dell'U.V.M. n. del

Sig./ra _____ nato/a _____ Prov.(____) il _____

residente a _____ Prov.(____) Via _____ n. _____

Richiesta di:

- Presa in carico
 Rivalutazione
 Passaggio profilo di cura/setting assistenziale (specificare) da a

Problemi socio-sanitari attuali

Patologia prevalente (codice ICD-CM) _____

Patologia concomitante (codice ICD-CM) _____

PROVEIENZA PAZIENTE	
<input type="checkbox"/> Domicilio	
<input type="checkbox"/> Struttura (specificare):	
<input type="checkbox"/> Dimissione protetta da (specificare):	
TIPOLOGIA DI NON AUTOSSUFFICIENZA / FRAGILITA' / CRONICITA'	
<input type="checkbox"/> Paziente oncologico in fase avanzata o avanzatissima non più soggetto a terapie volte alla guarigione	<input type="checkbox"/> Paziente affetto da patologia neuromuscolare in stato avanzato (Sclerosi Laterale Amiotrofica)
<input type="checkbox"/> Paziente NON oncologico in fase avanzata o avanzatissima non più soggetto a terapie volte alla guarigione	<input type="checkbox"/> Paziente con gravi artropatie degli arti inferiori con limitazione funzionali
<input type="checkbox"/> Paziente portatore di malattie neurologiche degenerative	<input type="checkbox"/> Paziente con pluripatologie invalidanti
<input type="checkbox"/> Paziente in stato vegetativo di minima coscienza	<input type="checkbox"/> Paziente con incidenti vascolari acuti
<input type="checkbox"/> Paziente portatore di malattie croniche in fase avanzata e complicata	<input type="checkbox"/> Cerebropatie invalidanti con riguardo agli esiti da ictus cerebrale
<input type="checkbox"/> Demenze gravi	<input type="checkbox"/> Altro:
GRADO DI NON AUTOSSUFFICIENZA	
<input type="checkbox"/> Parzialmente autosufficiente	
<input type="checkbox"/> Gravemente non autosufficiente	
<input type="checkbox"/> Totalmente non autosufficiente	
TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	
<input type="checkbox"/> Assistenza Medica	<input type="checkbox"/> Assistenza Protesica
<input type="checkbox"/> Assistenza Medico-Specialistica	<input type="checkbox"/> Assistenza Psicologica
<input type="checkbox"/> Cure Palliative	<input type="checkbox"/> Aiuto alla persona nello svolgimento delle normali attività quotidiane
<input type="checkbox"/> Assistenza Infermieristica	<input type="checkbox"/> Sostegno alla mobilità personale
<input type="checkbox"/> Trattamento Fisioterapico	<input type="checkbox"/> Altro:
DURATA DEL PAI	
<input type="checkbox"/> Assistenza temporanea mesi:	
<input type="checkbox"/> Assistenza di lungo periodo mesi:	

AUSILI, PROTESI, ELETTROMEDICALI E ASSISTENZA INTEGRATIVA	NOTE
<input type="checkbox"/> Ventilatore Polmonare + Ventilatore di riserva + materiale di consumo	
<input type="checkbox"/> Gruppo di continuità/gruppo elettrogeno	
<input type="checkbox"/> Aspiratore + Aspiratore di riserva + materiale di consumo	
<input type="checkbox"/> Saturimetro	
<input type="checkbox"/> Letto	
<input type="checkbox"/> Materasso	
<input type="checkbox"/> Sistemi di postura	
<input type="checkbox"/> Ausili per lo spostamento	
<input type="checkbox"/> Ausili per la comunicazione	
<input type="checkbox"/> Ossigeno liquido	
<input type="checkbox"/> Ausili di assorbenza	
<input type="checkbox"/> Ausili per incontinenza	
<input type="checkbox"/> Pompa per nutrizione enterale e relative sacche	
<input type="checkbox"/> PEG	
<input type="checkbox"/> Prodotti per nutrizione enterale	
<input type="checkbox"/> Materiale per medicazione vario	
<input type="checkbox"/> OLT	
<input type="checkbox"/> Farmaci	
<input type="checkbox"/> Altro:	
ULTERIORI INTERVENTI	NOTE
<input type="checkbox"/> Segnalazione del caso al Servizio 118 per le eventuali chiamate in urgenza ed emergenza;	
<input type="checkbox"/> Segnalazione del caso alla Continuità Assistenziale (Guardia Medica) sede di: per eventuali richieste di intervento in continuità assistenziale con il MMG/PLS	
<input type="checkbox"/> Segnalazione dell'abitazione all'ENEL per la protezione della rete elettrica in caso di interruzione di fornitura di energia a cura dell'intestatario del contratto	
<input type="checkbox"/> Assegno di cura	
<input type="checkbox"/> Valutazione requisiti impiantistici finalizzata alla installazione delle apparecchiature elettromedicali	
<input type="checkbox"/> Attivazione servizio prelievo ROT	
<input type="checkbox"/> Sanificazione ambientale con frequenza	
<input type="checkbox"/> Trasporto ordinario da e per strutture con Medico a bordo	
<input type="checkbox"/> Altro:	
VALUTAZIONE DEI RISULTATI IN ITINERE	NOTE
<input type="checkbox"/> Condizioni migliorate	
<input type="checkbox"/> Condizioni stazionarie	
<input type="checkbox"/> Condizioni peggiorate	
VALUTAZIONE DEI RISULTATI A SCADENZA PAI	NOTE
<input type="checkbox"/> Condizioni migliorate	
<input type="checkbox"/> Condizioni stazionarie	
<input type="checkbox"/> Condizioni peggiorate	
RIVALUTAZIONE	NOTE
<input type="checkbox"/> Scadenza del periodo previsto	
<input type="checkbox"/> Variazione nelle condizioni del paziente	
<input type="checkbox"/> Conferma Precedente	
<input type="checkbox"/> Modificato	
SOSPENSIONE IL MOTIVO	
<input type="checkbox"/> Ricovero temporaneo in ospedale	
<input type="checkbox"/> Allontanamento temporaneo	
<input type="checkbox"/> Ricovero temporaneo in struttura residenziale	
<input type="checkbox"/> Altro:	

CONCLUSIONE IL MOTIVO
<input type="checkbox"/> Completamento del programma assistenziale
<input type="checkbox"/> Ricoveri in ospedale
<input type="checkbox"/> Decesso a domicilio
<input type="checkbox"/> Decesso in ospedale
<input type="checkbox"/> Trasferimento in struttura residenziale
<input type="checkbox"/> Trasferimento in Hospice
<input type="checkbox"/> Decesso in Hospice
<input type="checkbox"/> Trasferimento in altra tipologia di cure domiciliari
<input type="checkbox"/> Cambio residenza
<input type="checkbox"/> Cambio medico
<input type="checkbox"/> Volontà dell'utente
<input type="checkbox"/> Chiusura amministrativa (in assenza di sospensione, qualora non vi siano prestazioni per 6 mesi)
<input type="checkbox"/> Altro:

MMG/PLS

Medico Specialista

Ass. Sociale comunale

Familiare di riferimento

Timbro e Firma

Timbro e firma

Firma

Firma

Il Direttore DSS Uno
