

Modello unico per attivazione ADI - RSA – Riabilitazione Territoriale (ex art. 26 833/78)
(da compilarsi a cura del MMG/PLS o medico ospedaliero/medico specialista ambulatoriale)

| Cognome _____ | Nome _____ |
|--|---|
| Luogo di nascita _____ | Data di nascita _____ |
| Indirizzo di residenza : Via _____ n. civico | |
| Codice Fiscale | Telefono _____ |
| Comune di residenza _____ | Municipio (solo per Roma) |
| Domicilio (se diverso da residenza) : _____ | |
| Persona di riferimento) _____ - _____ - _____ (specificare relazione se familiare o altro) Cognome Nome Recapito telefonico | |
| Diagnosi e descrizione problema principale _____ _____ _____ | |
| Esito di recente evento acuto (ultimi 90 gg)? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Paziente trasportabile con i comuni mezzi <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no | |
| Altre condizioni cliniche : <input type="checkbox"/> diabete <input type="checkbox"/> cardiopatia <input type="checkbox"/> insufficienza cardiaca <input type="checkbox"/> malattie vascolari <input type="checkbox"/> insufficienza respiratoria <input type="checkbox"/> epatopatie non alcoliche <input type="checkbox"/> epatopatie alcoliche <input type="checkbox"/> esiti frattura femore <input type="checkbox"/> esiti altre patologie ortopediche <input type="checkbox"/> malattie osteomuscolari <input type="checkbox"/> esiti di ictus <input type="checkbox"/> demenza <input type="checkbox"/> altre mal. Neurologiche <input type="checkbox"/> malattia psichiatrica <input type="checkbox"/> disturbi sensoriali <input type="checkbox"/> disabilità intellettiva <input type="checkbox"/> paralisi cerebrale infantile <input type="checkbox"/> disturbo gen. dello sviluppo <input type="checkbox"/> neoplasie (<input type="checkbox"/> locoregionale <input type="checkbox"/> metastatica <input type="checkbox"/> (stato di cachessia) <input type="checkbox"/> altro _____ | |
| Principali terapie mediche in atto: _____ _____ _____ | |
| CONDIZIONI CLINICHE ATTUALI (dati di rilievo) | |
| Stabilità clinica <input type="checkbox"/> Stabile <input type="checkbox"/> Moderatamente instabile <input type="checkbox"/> Instabile | |
| Stato di coscienza <input type="checkbox"/> Orientato nello spazio <input type="checkbox"/> Orientato nel tempo <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Lucido <input type="checkbox"/> Soporoso / Stuporoso <input type="checkbox"/> Coma | |
| Disturbi cognitivi <input type="checkbox"/> Assenti <input type="checkbox"/> Lievi <input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi | |
| Disturbi comportamentali (su base psichica o psicorganica) <input type="checkbox"/> Assenti <input type="checkbox"/> Lievi <input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi | |
| Dolore 0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10 (0= assenza di dolore; 10= massimo dolore immaginabile) | |
| Mobilità <input type="checkbox"/> Indipendente (anche con carrozzina) <input type="checkbox"/> Cammina con l'aiuto di una persona <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente (allettato o carrozzina spinta da altri) | |
| Alimentazione <input type="checkbox"/> Autonoma <input type="checkbox"/> Mangia e beve assistito <input type="checkbox"/> Rifiuta alimentazione <input type="checkbox"/> Nutrizione artificiale | |
| Supporto sociale; Vive: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con coniuge <input type="checkbox"/> Con figli <input type="checkbox"/> Con genitori <input type="checkbox"/> altri Assistito da: <input type="checkbox"/> Familiari <input type="checkbox"/> Altre persone (vicini, badante,...) | |

Necessità assistenziali particolari in atto o da assicurare

- Chemio/radioterapia in atto Ossigenoterapia (OLT) Ventilazione meccanica assistita
 Tracheostomia Broncoaspirazione Drenaggio posturale Dialisi Trasfusioni periodiche
 Nutrizione Parenterale Nutrizione enterale (SNG PEG) Catetere vescicale (a permanenza a intermittenza) Catetere sovrapubico Uretronefrostomia Catetere Venoso Centrale o Periferico (CVC o PICC) Catetere epidurale Drenaggi Enterostomia Ulcere cutanee da qualsiasi causa
 Terapia infusioneale ECG periodici prelievi ematici periodici
 Accessi MMG/PLS (ADP) con periodicità: settimanale quindicinale mensile
 Visite specialistiche periodiche (specificare) _____
 Altro _____

PERCORSO ASSISTENZIALE RICHIESTO

- Riabilitazione Territoriale (ex art.26 833/78) in regime:
 Residenziale Semiresidenziale Domiciliare
 ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) RSA (Assistenza Residenziale a lungo termine)

Finalità e obiettivi del percorso assistenziale richiesto:

- Stabilizzazione e prevenzione progressione dei sintomi Monitoraggio stato clinico/assistenziale
 Recupero funzioni perdute o ridotte Prevenzione anchilosi/ipomobilità Sviluppo strategie compensatorie Educazione utilizzo protesi/ausili Altro _____

Il compilatore

- MMG/PLS** **Medico ospedaliero** **Specialista ambulatoriale**

Cognome _____ Nome _____

Recapito tel _____ e-mail _____ **Se**

medico ospedaliero o specialista ambulatoriale specificare anche:

Ospedale/Servizio _____

Reparto/Unità Operativa _____

Data _____ **Timbro e Firma** * c.r. _____