

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

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 funzionale |
| <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 assorbimento | |
| <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
