

SCHEDA DI ATTIVAZIONE A.D.I.

DISTRETTO DI _____

SCHEDA DI SEGNALAZIONE / ATTIVAZIONE: ADI

Riferimenti per invio segnalazione:

Distretto 17 triagecuredomiciliarilevanto@asl5.liguria.it, FAX: 0187/5351041, tel: 0187533841

Distretto 18 triagecuredomiciliarispezia@asl5.liguria.it, FAX: 0187/5351059, tel: 0187534785-86

Distretto 19 triagecuredomiciliarisarzana@asl5.liguria.it, FAX: 0187/5351050, tel: 0187604935

Il sottoscritto Dott. _____ Tel. _____ Cell. _____

CERTIFICA CHE L'ASSISTITO

Cognome e nome _____ Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ N. _____

Domiciliato a _____ Via _____ N. _____

Codice fiscale _____ Telefono _____

Stato civile: celibe/nubile coniugato separato divorziato vedovo non dichiarato

Nucleo familiare convivente n. _____ persone

Assistente non familiare convivente : presente assente

necessita di:

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

DIAGNOSI

Patologia prevalente: _____

1ª diagnosi concomitante: _____

2ª diagnosi concomitante: _____

3ª diagnosi concomitante: _____

MOTIVO DELLA RICHIESTA

1	<input type="checkbox"/> medicazioni	10	<input type="checkbox"/> nutrizione enterale
2	<input type="checkbox"/> terapia iniettiva	11	<input type="checkbox"/> nutrizione parenterale
3	<input type="checkbox"/> terapia infusione	12	<input type="checkbox"/> gestione stomia
4	<input type="checkbox"/> cateterismo vescicale	13	<input type="checkbox"/> gestione drenaggio
5	<input type="checkbox"/> esami strumentali (ECG/HGT)	14	<input type="checkbox"/> vac terapia
6	<input type="checkbox"/> gestione catetere venoso centrale	15	<input type="checkbox"/> monitoraggio clinico domiciliare
7	<input type="checkbox"/> terapia antalgica	16	<input type="checkbox"/> altro _____
8	<input type="checkbox"/> educazione sanitaria		
9	<input type="checkbox"/> sorveglianza infermieristica		
	<input type="checkbox"/>		

PROPOSTA DI PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE (PAI):

<u>SANITARI OPERATORI</u>	Cadenza accessi prevista *
MEDICO MMG / PLS	
MEDICO SPECIALISTA	
INFERMIERI	
TERAPISTI DELLA RIABILITAZIONE	
ALTRO:	
<u>OPERATORI SERV. SOCIO ASSISTENZIALE</u>	Cadenza accessi prevista
ASSISTENTE SOCIALE	
OPERATORE SOCIO SANITARIO	
ALTRO	

(*) ogni variazione della cadenza degli accessi del MMG/PLS deve essere registrata in cartella indicando il motivo di tale variazione.

DURATA PRESUNTA INTERVENTO IN ADI: _____

NOTA:

- all'apertura del caso allegare la scheda di valutazione multidimensionale iniziale (scheda AGED);
- la durata presunta dell'intervento in ADI è di due mesi massimi rinnovabili;
- il/i rinnovo/i, al termine del/i bimestri, deve essere annotato in cartella clinica indicandone le motivazioni;
- nel caso di variazioni sostanziali dell'autonomia e dei bisogni assistenziali, e comunque al termine di ogni biimestre, dovrà essere effettuata una nuova rivalutazione utilizzando la scheda di valutazione multidimensionale successiva alla prima da allegare alla cartella clinica ADI; la mancata compilazione da parte del MMG o PLS della scheda di rivalutazione trimestrale successiva alla prima conferma la valutazione precedente (presupposto del silenzio assenso del medico).

- L'assistito fornisce il consenso al trattamento dei dati personali e sanitari, con riferimento alle prestazioni sanitarie del progetto di assistenza, secondo quanto previsto dal D. Lgs n. 51 del 18 maggio 2018 e s.m.i.

Firma _____

La cartella integrata dovrà essere conservata al domicilio per tutta la durata delle cure domiciliari a cura dell'assistito o del familiare di riferimento individuato che **si impegna alla restituzione della stessa, dei farmaci non utilizzati e dei presidi in prestito d'uso** alla Centrale Operativa delle Cure Domiciliari del Distretto **alla cessazione del periodo di Assistenza Domiciliare Integrata.**

Firma _____

CONSENSO ALL'ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

Firma paziente			
In caso di paziente impossibilitato a firmare o a esprimere un consenso			
	Firma	Indirizzo	Telefono
FAMILIARE (indicare grado di parentela) -----			
AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE LEGALE (estremi documento di riconoscimento:----- -----)			

Data _____ Firma MMG/PLS _____

AUTORIZZAZIONE

Autorizzazione N° _____ del _____

DATA ATTIVAZIONE ADI _____

Data Prima visita domiciliare _____

Data Prima visita presso Reparto Ospedaliero _____

Firma Direttore di Distretto o delegato _____

A COSA SERVE IL MODULO

Il presente modulo viene utilizzato dal MMG/PLS per la segnalazione/attivazione ADI dei propri assistiti

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

La dichiarazione è resa dal MMG/PLS

MODALITA' DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo deve essere inviato al Distretto territorialmente competente via mail e/o FAX (vd elenco PUA)

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

Il Distretto territorialmente competente, verificata la sussistenza dei requisiti previsti dalla normativa vigente, provvede all'autorizzazione della richiesta e contestuale attivazione del servizio richiesto.

Allegato 1

MODULO CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI E ADESIONE AL PATTO DI CURA CON NUOVE MODALITA' DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

Luogo e data _____

Cognome _____ Nome _____ nato a _____ il _____

C.F. _____

residente a _____ in via _____ Tel. _____

Medico curante _____ Tel. Studio _____ Cell. _____

Dichiaro:

a) di accettare la rilevazione dei dati ed il loro invio nell'ambito del mio piano diagnostico-terapeutico assistenziale con le nuove modalità di presa in carico .

b) di essere stato/a adeguatamente informato/a circa gli scopi del piano assistenziale e le metodiche dello stesso.

c) di essere consapevole che in qualsiasi momento potrò sospendere l'adesione senza obbligo da parte mia di motivare la decisione e di essere stato informato sulla gratuità della partecipazione propostami.

Dichiaro pertanto che il mio consenso è espressione di una libera decisione, e presto il mio consenso ai sensi del Regolamento GDPR UE 2016/679 e del D.Lgs. di armonizzazione N. 196 del 30 giugno 2003 modificato il 18/09/2018 mediante D.Lgs 101/2018.

- al trattamento dei miei dati sanitari da parte del mio Medico di Medicina Generale, degli specialisti della ASL 5 e del personale operante nel progetto a diverso titolo, alla trasmissione elettronica degli stessi;

- alla conservazione, aggiornamento ed eventuale eliminazione degli stessi nella banca dati e all'utilizzazione degli stessi nell'ambito di ricerche scientifiche, statistiche ed epidemiologiche;

- alla elaborazione pubblicazione di tali dati, resi anonimi, ai fini di ricerca, nonché a Pubblicazioni, Atti, Riunioni e Convegni scientifici. Tali dati resteranno a disposizione anche della Regione Liguria per gli usi legati al progetto stesso.

Dichiaro di impegnarmi ad eseguire e rispettare con precisione e puntualità i controlli previsti nel patto di cura, nonché le terapie prescritte e i consigli e gli stili di vita consigliati dal personale medico/infermieristico.

Nome in stampatello e firma del paziente:

Nome in stampatello e firma del Medico che ha fornito l'informativa:
