



OBIETTIVI DI SALUTE	
<input type="checkbox"/> Miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale	<input type="checkbox"/> Miglioramento/mantenimento dello stato funzionale globale
<input type="checkbox"/> Tutela della dignità e dell'autonomia del paziente	<input type="checkbox"/> Prevenzione/trattamento delle lesioni da decubito
<input type="checkbox"/> Sostegno del nucleo familiare nell'affrontare la malattia /perdita	<input type="checkbox"/> Prevenzione della sindrome da immobilizzazione
<input type="checkbox"/> Educazione e supporto del caregiver nell'attività di nursing	<input type="checkbox"/> Recupero tono-forza-trofismo muscolare
<input type="checkbox"/> Erogazione di terapia del dolore e cure di fine vita	<input type="checkbox"/> Recupero postura seduta e/o eretta
<input type="checkbox"/> Coordinamento con l'Hospice	<input type="checkbox"/> Recupero/mantenimento deambulazione
<input type="checkbox"/> Recupero della funzionalità articolare	<input type="checkbox"/> Miglioramento/contenzione disturbi psichici e comportamentali
<input type="checkbox"/> Recupero/mantenimento mobilità-trasferimenti	<input type="checkbox"/> Miglioramento capacità relazionali e contatto socio-ambientale
<input type="checkbox"/> Prevenzione delle cadute	<input type="checkbox"/> Miglioramento orientamento nella realtà
<input type="checkbox"/> Miglioramento stato cognitivo-percettivo	<input type="checkbox"/> Altro:

INTERVENTI PROGRAMMATI					
Equipe domiciliare		Prestazioni	Frequenza /durata		Struttura erogante
			gg./sett.	gg./mese	
<input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> PLS <input type="checkbox"/> U.O.S. FCA		.....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
		.....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
		.....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
<b>Medico Specialista</b>	<input type="checkbox"/> Anestesista	.....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> Cardiologo	.....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> Chirurgo	.....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> Dermatologo	.....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> Fisiatra	.....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> Gastroenterologo	.....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> Geriatra	.....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> Ginecologo	.....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> Nefrologo	.....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> Neurologo	.....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> Oculista	.....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> Oncologo	.....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> Ortopedico	.....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> Pneumologo	.....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> Urologo	.....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
<input type="checkbox"/> Altro.....	.....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....	
<b>Medico esperto in cure palliative</b>			<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
<b>Controlli specialistici strumentali domiciliari</b>	<input type="checkbox"/> Rx		<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> Spirometria		<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> Indagine Ecografica		<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> Altro.....		<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
<b>Controlli specialistici strumentali programmati in struttura specialistica</b>	<input type="checkbox"/> Rx		<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> TAC		<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> Risonanza magnetica		<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> Ecocardiogramma		<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
<input type="checkbox"/> Altro.....		<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....	
<b>Infermiere</b>	<input type="checkbox"/> Parametri funzionali		<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> Controllo drenaggi		<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> Terapia farmacologica		<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> Gestione lesioni da decubido		<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> Terapia infusione		<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> Gestione Peg		<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> Nutrizione		<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> Gestione tracheotomia		<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> Catetere vescicale		<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> Medicazione		<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> Alterazione ritmo sonno veglia		<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> Telemetria		<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> Trasfusioni		<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> Controllo dolore		<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
	<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia		<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....
<input type="checkbox"/> Altro.....		<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	.....	

**Cure Domiciliari - Piano Assistenziale Individuale -**

Direzione Distretto Socio Sanitario Uno ASL BA

Via Provinciale per Terlizzi, Presidio Ospedaliero - 70056 Molfetta [ BA ] - tel. 080 3357682 / fax 080 3357683

[segreteria.distrettouno@asl.bari.it](mailto:segreteria.distrettouno@asl.bari.it)

Equipe domiciliare	Prestazioni	Frequenza /durata		Struttura erogante
		gg./sett.	gg./mese	
Terapista della Riabilitazione				
Logopedista				
Dietista				
OSS				
Psicologo				
Ass. Sociale				
Caregiver				

#### PROFILI DI CURA / SETTING ASSISTENZIALI

<input type="checkbox"/> Cure Domiciliari Integrate a BASSA complessità assistenziale (ADI I° livello / CIA 0,16 - 0,30)	<input type="checkbox"/> Cure Domiciliari Integrate ad ALTA complessità assistenziale (ADI II° livello / CIA 0,31 - 0,50)	<input type="checkbox"/> Cure Domiciliari Integrate a ELEVATA complessità assistenziale (ADI III° livello / CIA maggiore di 0,50)	<input type="checkbox"/> Cure Palliative domiciliari <input type="checkbox"/> pz. oncologico <input type="checkbox"/> pz. non oncologico
--	---	---	--

#### AUSILI, PROTESI, ELETTROMEDICALI E ASSISTENZA INTEGRATIVA

<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:

#### EQUIPE DISTRETTUALE

Case Manager	Tel.
CPS Coordinatore	Tel.

#### ULTERIORI INTERVENTI

<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: .....
<b>NOTE</b> .....

VALUTAZIONE DEI RISULTATI	
<input type="checkbox"/> Condizioni migliorate	
<input type="checkbox"/> Condizioni stazionarie	
<input type="checkbox"/> Condizioni peggiorate	
RIVALUTAZIONE	
Motivo	<input type="checkbox"/> Scadenza del periodo previsto <input type="checkbox"/> Variazione nelle condizioni del paziente
Conferma precedente	si ( ) no ( )
Modificato	si ( ) no ( )
SOSPENSIONE	
Data inizio ..... Data fine .....	
Motivazione	<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 data .....	
Motivazione	<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:	

COMPONENTI UVM	COGNOME E NOME	FIRMA	ENTE / STRUTTURA APPARTENENZA
Direttore Distretto o delegato			
MMG/PLS			
Medico Specialista: _____			
Assistente Sociale distrettuale			
Infermiere			
PRS (Prof. San. Riabilitative): _____			
Psicologo			
Assistente Sociale comunale			
(1)			
(2)			
Care Giver			

(1) Altre figure area clinica (2) Altre figure professionali sanitarie (3) Responsabile del servizio sociale professionale (4) Altro