

OBIETTIVI DI SALUTE	
<input type="checkbox"/> Miglioramento della qualità di vita	<input type="checkbox"/> Prevenzione/trattamento delle lesioni da decubito
<input type="checkbox"/> Tutela della dignità e dell'autonomia del paziente	<input type="checkbox"/> Prevenzione della sindrome da immobilizzazione
<input type="checkbox"/> Sostegno del nucleo familiare nell'affrontare la malattia	<input type="checkbox"/> Recupero tono-forza-trofismo muscolare
<input type="checkbox"/> Educazione e supporto del caregiver nell'attività di nursing	<input type="checkbox"/> Recupero postura seduta e/o eretta
<input type="checkbox"/> Miglioramento /mantenimento dello stato funzionale globale	<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		Tipologia accessi	Frequenza /durata		Struttura erogante
			gg./sett.	gg./mese	
<input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> PLS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medico Specialista	<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"/> Psichiatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Altro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medico esperto in cure palliative			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controlli specialistici strumentali	<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"/>
Controlli specialistici strumentali programmati in struttura	<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"/>	
Infermiere	<input type="checkbox"/> Parametri funzionali	<input type="checkbox"/> Catetere vescicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Controllo drenaggi	<input type="checkbox"/> Medicazione			
	<input type="checkbox"/> Terapia farmacologica	<input type="checkbox"/> Alter. ritmo sonno veglia			
	<input type="checkbox"/> Gest. lesioni da decubido	<input type="checkbox"/> Telemetria			
	<input type="checkbox"/> Terapia infusione	<input type="checkbox"/> Trasfusioni			
	<input type="checkbox"/> Gestione Peg	<input type="checkbox"/> Controllo dolore			
	<input type="checkbox"/> Nutrizione	<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia			
	<input type="checkbox"/> Gestione tracheotomia	<input type="checkbox"/> Altro			

EQUIPE CURANTE	INTERVENTI PROGRAMMATI	Numero ore / Giorno	Giorni / Mese	Struttura Erogante
Tecnico della Riabilitazione		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapista Occupazionale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educatore Professionale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dietista		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OSS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicologo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistente Sociale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Care giver		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EQUIPE DISTRETTUALE	
---------------------	--

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Case Manager |
| <input type="checkbox"/> CPS Coordinatore |

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 | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| Modificato | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> 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 _____			
Psicologo			
Assistente Sociale distrettuale			
Infermiere			
PRS (Prof. San. Riabilitative) _____			
Assistente Sociale comunale			
Assistente Sociale Pres. Osp. "Don Tonino Bello" - Molfetta			
Educatrice			
(1)			
(2)			
(3)			
(4)			
Care Giver			

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