

**Modulo B – richiesta MMG e UU.OO.CC. Ospedaliera**



Alla PUA del Distretto sanitario di \_\_\_\_\_

Ambito sociale di \_\_\_\_\_

**Richiesta di (barrare le caselle interessate):**

- Assistenza Domiciliare Estemporanea
- Assistenza Domiciliare integrata
- Assistenza Domiciliare programmata del MMG
- Assistenza Domiciliare sociale
- Assistenza Domiciliare disabili
- Ricovero in Hospice (R1)
- Accoglienza in Centro diurno socio-educativo per disabile
- Ricovero in Struttura Residenziale Extraospedaliera ad elevato impegno sanitario – R1
- Ricovero in Struttura Residenziale per persone con disabilità (Rd1-Rd2-Rd3)
- Ricovero in struttura residenziale socio sanitaria per pazienti non autosufficienti (R2-R3)
- Assistenza presso Strutture Semiresidenziali per persone non autosufficienti (SR)
- Altri interventi di natura socio-assistenziale
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

|   |                     |
|---|---------------------|
| <b>Codice fiscale _____ del paziente/utente</b> |                     |
| Cognome   | Nome                |
| nato a  | il                  |
| residente a                                     | indirizzo           |
| Tel/Cell  | Referente/Caregiver |

**PATOLOGIE PRINCIPALI CHE CONCORRONO A DETERMINARE LA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA**

|                                  | Descrizione della patologia | Codice ICD9 |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------|
| <b>Prima patologia</b>           |                             | _ _ _       |
| <b>1° patologia concomitante</b> |                             | _ _ _       |
| <b>2° patologia concomitante</b> |                             | _ _ _       |

**Modulo B – richiesta MMG e UU.OO.CC. Ospedaliere**

**VALUTAZIONE SINTETICA DELLA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA**

| Valutazione e punteggio        |  |   |   |
|--------------------------------|--|---|---|
| Situazione Cognitiva           | <input type="checkbox"/> 1 Lucido            | <input type="checkbox"/> 2 Confuso                | <input type="checkbox"/> 3 Molto confuso, stuporoso |
| Problemi comportamentali       | <input type="checkbox"/> 1 Assenti/Lievi     | <input type="checkbox"/> 2 Moderati               | <input type="checkbox"/> 3 Gravi                    |
| Situazione Funzionale          | <input type="checkbox"/> 1 Autonomo o quasi  | <input type="checkbox"/> 2 Dipendente             | <input type="checkbox"/> 3 Totalmente dipendente    |
| Grado di Autonomia             | <input type="checkbox"/> 1 Si sposta da solo | <input type="checkbox"/> 2 Si sposta assistito    | <input type="checkbox"/> 3 Non si sposta            |
| Supporto rete sociale          | <input type="checkbox"/> 1 Ben assistito     | <input type="checkbox"/> 2 Parzialmente assistito | <input type="checkbox"/> 3 Non assistito            |
| Necessità assistenza sanitaria | <input type="checkbox"/> 1 Bassa             | <input type="checkbox"/> 2 Intermedia             | <input type="checkbox"/> 3 Elevata                  |

**TOTALE PUNTEGGIO** |\_\_|\_\_|

**ELEMENTI DI VALUTAZIONE**

**Impossibilità a raggiungere lo studio del Medico per:**

|                          |   |   |   |
|--------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> | <b>Impossibilità permanente a deambulare</b>  |   |   |
| <input type="checkbox"/> | <b>Impossibilità ad essere trasportato</b> in ambulatorio con i comuni mezzi a causa di:  |   |   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Non autosufficienza<br>(in possesso di certificazione L. 104/1992 e/o indennità di accompagnamento)  | <input type="checkbox"/> Abitazione in piano alto e senza ascensore | <input type="checkbox"/> Altro ( specificare ): |
| <input type="checkbox"/> | <b>Impossibilità ad essere trasportato per gravi patologie</b> che necessitano di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico ( allegato G/H dell'ACN ) : |   |   |

**Bisogni assistenziali rilevati**

| Autonomia   | Riabilitazione  | Apparato respiratorio  |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Autonomo                        | <input type="radio"/> Nessuna Riabilitazione            | <input type="radio"/> Normale                                    |
| <input type="radio"/> Parzialmente autonomo           | <input type="radio"/> Riabilitazione Neurologica        | <input type="radio"/> Tosse e secrezioni(aspirazione)            |
| <input type="radio"/> Totalmente dipendente           | <input type="radio"/> Afasia                            | <input type="radio"/> Ossigenoterapia                            |
| <input type="radio"/> Stato vegetativo                | <input type="radio"/> Riabilitazione Ortopedica         | <input type="radio"/> Ventiloterapia                             |
|   |   | <input type="radio"/> Tracheostomia                              |
| Stato nutrizionale                                    | Comportamento   | Ritmo sonno/veglia   |
| <input type="radio"/> Normale                         | <input type="radio"/> Normale                           | <input type="radio"/> Ritmo sonno/veglia alterato _____          |
| <input type="radio"/> Dimagrimento                    | <input type="radio"/> Disturbo cognitivo moderato       | <input type="radio"/> Rischio infettivo personale                |
| <input type="radio"/> Disidratazione                  | <input type="radio"/> Disturbo cognitivo grave          | <input type="radio"/> Febbre                                     |
| <input type="radio"/> Nutrizione/disfagia _____       | <input type="radio"/> Disturbo comportamentale (BPSD)   |  |
|   | <input type="radio"/> Condizioni di salute psichiatrica |  |
| Apparato gastrointestinale                            | Apparato genito-urinario                                | Apparato tegumentario  |
| <input type="radio"/> Normale                         | <input type="radio"/> Normale                           | <input type="radio"/> Normale                                    |
| <input type="radio"/> Incontinenza fecale _____       | <input type="radio"/> Incontinenza urinaria             | <input type="radio"/> Ulcere cutanee 1° e 2° Grado               |
| <input type="radio"/> Vomito                          | <input type="radio"/> Cateterismo vescicale             | <input type="radio"/> Ulcere cutanee 3° e 4° Grado               |
| <input type="radio"/> Sanguinamento gastrointestinale | <input type="radio"/> Urostomia                         | <input type="radio"/> Stato più grave di ulcera - non stadiabile |

## Modulo B – richiesta MMG e UU.OO.CC. Ospedaliere

- |                                  |                                   |   |
|----------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Stomia  | <input type="checkbox"/> Ematuria | <input type="checkbox"/> Cura della ferita                  |
| <input type="checkbox"/> Stipsi  | <input type="checkbox"/> Dialisi  | <input type="checkbox"/> Altri problemi cutanei             |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> Lacerazioni o tagli non chirurgici |

| Oncologico/terminale                                  | Prestazioni  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Non oncologico/non terminale | <input type="checkbox"/> Prelievo venoso non occasionale   |
| <input type="checkbox"/> Terminalità non oncologica   | <input type="checkbox"/> ECG                               |
| <input type="checkbox"/> Terminalità oncologica       | <input type="checkbox"/> Telemetria                        |
| <input type="checkbox"/> Oncologico                   | <input type="checkbox"/> Trasfusioni                       |
| <input type="checkbox"/> Chemioterapia                | <input type="checkbox"/> Terapia Endovenosa                |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia                 | <input type="checkbox"/> Terapia intramuscolo/sottocutanea |
| <input type="checkbox"/> Dolore presente _____        | <input type="checkbox"/> Gestione CVC                      |

### Piano Assistenziale proposto

| Figura professionale                               | n. accessi settimanali | Periodo dal ___ al ___ |
|--|------------------------|------------------------|
| Medico di Medicina Generale                        | _____                  |                        |
| Medico specialista (indicare specialità medica)    | _____                  |                        |
| Infermiere professionale                           | _____                  |                        |
| Fisioterapista/Logopedista/Terapista occupazionale | _____                  |                        |
| Psicologo  | _____                  |                        |
| Operatore socio-sanitario (OSS)                    | _____                  |                        |

### Bisogni socio-assistenziali rilevati.

Indicare le prestazioni e/o gli interventi di natura socio-assistenziale necessari per il paziente/utente e l'eventuale nucleo familiare interessato (es. assistenza domiciliare sociale, assistenza tutelare, supporto economico, ricovero in casa di riposo, Telesoccorso/Teleassistenza, ...)

Luogo data \_\_\_\_\_

Il Medico  
(timbro e firma)

\_\_\_\_\_

## Modulo B – richiesta MMG e UU.OO.CC. Ospedaliere

### (D. Lgvo 30/06/2003 n. 196) CONSENSO INFORMATO ALL'ATTO MEDICO E ALLE PRESTAZIONI CONNESSE

Ai sensi del D. Lgvo 30/06/2003, n. 196, che prevede la tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarla che i dati personali raccolti a seguito della domanda di erogazione della prestazione verranno trattati secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza stabiliti dalla vigente normativa, tutelando la Sua riservatezza ed i Suoi diritti.

I dati sono trattati nell'ambito dei compiti istituzionali dell'Ente, per le altre finalità connesse all'adempimento degli obblighi previsti da leggi, da regolamenti.

Il trattamento dei dati personali avviene con l'ausilio di mezzi manuali ed informatici, con modalità correlate alle finalità stesse, e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati medesimi nel rispetto delle disposizioni contenute nei D. Lgvi 11/05/99 n. 135 e 30/07/99 n. 282 e nel Provvedimento 29/09/99 del Garante per la protezione dei dati personali.

Si fa presente che il conferimento dei dati sensibili è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto comporterà l'impossibilità dell'espletamento dei relativi adempimenti e dell'esercizio dei connessi diritti ed obblighi.

#### GENERALITA'DELL'ASSISTITO

Cognome e nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio attuale \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

#### REFERENTE

Cognome e nome \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Domicilio attuale \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Ai sensi del D.L.gvo 30/06/2003, n. 196, ed acquisite le informazioni di cui alla stessa disposizione normativa, sono a conoscenza che i dati che mi riguardano mi rendono identificabile, sono stato edotto sulla utilizzazione dei dati personali sanitari, autorizzo e consento espressamente, liberamente e consapevolmente a che i dati raccolti ed in particolare quelli considerati sensibili dalla legge possono costituire oggetto di trattamento per le finalità indicate nella presente informativa. Acconsento inoltre, ove necessario, alla comunicazione a terzi ex art. 20, e comunque per le finalità relative alla erogazione delle prestazioni richieste.

Data \_\_\_\_\_

Firma paziente o familiare \_\_\_\_\_

## Modulo B – richiesta MMG e UU.OO.CC. Ospedaliere

### MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ESECUZIONE DI MANOVRE INVASIVE

Il sottoscritto/a, \_\_\_\_\_ in qualità di tutore del paziente: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ dichiara di essere stato informato in modo chiaro e comprensibile dal Dott \_\_\_\_\_ che per la patologia riscontrata \_\_\_\_\_

è opportuna l'esecuzione delle seguenti manovre invasive: \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere stato/a informato/a sul tipo di trattamento cui verrò sottoposto e sugli effetti collaterali ad esso collegati. Di tutto quanto prospettato mi sono stati spiegati gli

- obiettivi
- benefici,
- eventuali rischi e le prevedibili conseguenze.

Sono comunque consapevole che saranno prese tutte le misure preventive per evitare l'insorgenza degli effetti collaterali legati alla manovra e che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile di un danno grave alla mia persona, verranno poste in essere tutte le pratiche ritenute idonee a scongiurare tale pericolo.

Ciò premesso, acconsento/non acconsento al trattamento proposto

Firma leggibile del degente/dell'esercente la patria potestà \_\_\_\_\_

Firma leggibile del medico \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

### MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO AL POSIZIONAMENTO DI SISTEMI VENOSI CENTRALI

Il sottoscritto/a, \_\_\_\_\_ in qualità di tutore del paziente : Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ dichiara di essere stato informato in modo chiaro e comprensibile dal Dott \_\_\_\_\_ che per la patologia riscontrata \_\_\_\_\_ è opportuno l'impianto di un **sistema venoso centrale parzialmente impiantabile.**

Dichiaro di essere stato informato/a sul tipo di tecnica cui verrò sottoposto/a e sulle eventuali complicanze ad essa collegate che consistono in: pneumotorace, emotorace, idrotorace, embolia gassosa, lesioni neurologiche/arteriose.

Di tutto quanto prospettato mi sono stati spiegati:

- obiettivi
- benefici,
- eventuali rischi e le prevedibili conseguenze.

Sono comunque consapevole che saranno prese tutte le misure preventive per evitare l'insorgenza di complicanze legate a tale tecnica e che presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile di un danno grave alla mia persona, verranno poste in essere tutte le pratiche ritenute idonee a scongiurare tale pericolo. Ciò premesso, acconsento/non acconsento al trattamento proposto

Firma leggibile del degente/dell'esercente la patria potestà \_\_\_\_\_

Firma leggibile del medico \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_