

(mod. MMG)

	PROPOSTA DI PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE <i>(da compilare anche per la richiesta di prestazioni estemporanee)</i>	ASL MI1
--	--	-------------

**Richiesta Cure Domiciliari
Medico Curante**

dati identificativi del paziente

cognome e nome		luogo e data di nascita	codice fiscale
città di residenza		Indirizzo	
Telefono	domicilio (se diverso dalla residenza)		
familiare di riferimento		telefono del familiare di riferimento	
tessera iscrizione SSN n°	esenzione ticket	Indennità accompagnamento <input type="checkbox"/> presentata domanda <input type="checkbox"/> riconosciuta	

diagnosi circostanziata e notizie anamnestiche rilevanti

--

DIAGNOSI DI MALATTIA

0 = assente 1= fase cronica 2 = fase acuta in trattamento

malattie cardiocircolatorie			
Ictus cerebrale	0	1	2
Scompenso cardiaco	0	1	2
Cardiopatia ischemica	0	1	2
Ipertensione arteriosa	0	1	2
Aritmia cardiaca	0	1	2
Vasculopatia periferica	0	1	2
malattie neurologiche			
Alzheimer	0	1	2
Demenza diversa da Alzheimer	0	1	2
Trauma cranico/esiti di coma	0	1	2
Malattia neur. Degenerat. (es. SLA Sclerosi Multipla)	0	1	2
Parkinsonismo	0	1	2
malattie muscolo- scheletriche			
Artrite- artrosi	0	1	2
Frattura di femore	0	1	2
Altre fratture (es. polso, vertebra)	0	1	2
Osteoporosi	0	1	2

malattie organi di senso			
Cataratta	0	1	2
Glaucoma	0	1	2
malattie psichiatriche - turbe dell'umore			
Qualunque diagnosi psichiatrica	0	1	2
malattie infettive			
Infezione da HIV	0	1	2
Polmonite	0	1	2
Tubercolosi	0	1	2
Infezione delle vie urinarie (ultimi 30 gg)	0	1	2
altre malattie			
Cancro (negli ultimi 5 anni)	0	1	2
Diabete	0	1	2
Enfisema/BPCO/asma	0	1	2
Insufficienza renale	0	1	2
Altre malattie endocrine	0	1	2

Valutazione Funzionale secondo Scala A.D.L. (Activity of Daily Living)

	Autosuff.	Autosuff parziale	Non autosuff.
Fare il bagno	[]	[]	[]
Vestirsi	[]	[]	[]
Uso dei servizi	[]	[]	[]
Spostamenti	[]	[]	[]
Continenza	[]	[]	[]
Alimentazione	[]	[]	[]

Valutazione assistibilità

Il Paziente vive	<input type="checkbox"/> da solo	<input type="checkbox"/> con coniuge	<input type="checkbox"/> figli	<input type="checkbox"/> altri parenti	altri	
supporto familiare parentale	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> scarso	<input type="checkbox"/> assente			
servizi di cui già usufruisce	<input type="checkbox"/> SAD serv. comunali		<input type="checkbox"/> Ass. privata	altro		
Abitazione idonea	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no				
Barriere architettoniche	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> esterne	<input type="checkbox"/> interne		

INDICAZIONI E/O FINALITA' DELL'INTERVENTO

**PRESTAZIONI
ESTEMPORANEE
INFERMIERISTICHE**

PER

**ASSISTENZA
DOMICILIARE
RIABILITATIVA
CONTINUATIVA**

PER

**ASSISTENZA
DOMICILIARE
INFERMIERISTICA
CONTINUATIVA**

PER

**ASSISTENZA
DOMICILIARE
CURE PALLIATIVE**

PER

**INTERVENTI
SOCIO-
ASSISTENZIALI**

PER

**CONSULENZA
DOMICILIARE
SPECIAlISTICA
RICHIESTA**

PER

Protesi e ausili

già forniti richiesta già inoltrata da richiedere

Servizi proposti dal Medico di Medicina Generale

Proposta credit sanitario (assistenza estemporanea che non richiede la stesura di PAI)

<input type="checkbox"/> prelievi al domicilio	<input type="text"/> mesi <input type="text"/> prest/mese
cateterismo vescicale <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="checkbox"/> CV estempor. <input type="checkbox"/> Cambio CV	<input type="text"/> mesi <input type="text"/> prest/mese
<input type="checkbox"/> somministrazione farmaci classe A <small>(somm.r.i IM e SC esclusa E.V.)</small>	<input type="text"/> mesi <input type="text"/> prest/mese
Prestazioni sanitarie tipologia 1:	<input type="text"/> mesi <input type="text"/> prest/mese
<input type="checkbox"/> rilevazione parametri <input type="checkbox"/> educazione sanitaria <input type="checkbox"/> medicazioni con programma terapeutico definito <small>(prescr. specialista ulcere diabetiche, vascolari)</small>	
Prestazioni sanitarie tipologia 2:	<input type="text"/> mesi <input type="text"/> prest/mese
<input type="checkbox"/> evacuazione <input type="checkbox"/> esecuzione ECG <input type="checkbox"/> terapia infusiva giornaliera <input type="checkbox"/> cura stomie <input type="checkbox"/> supervisione NAD	
Assistenza sanitaria scolastica: (validità periodo scolastico)	<input type="text"/> mesi <input type="text"/> prest/mese
<input type="checkbox"/> educazione sanit. <input type="checkbox"/> controllo assunzione pasto <input type="checkbox"/> somm.ne farmaci <input type="checkbox"/> monitoraggio glicemia <input type="checkbox"/> monitoraggio parametri <input type="checkbox"/> gestione scheda clinica	

Proposta profilo di cura (assistenza continuativa)

<input type="checkbox"/> Proposta Credit/Pai Sanitario	Durata prevista mesi: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Proposta Voucher profilo 1	Durata prevista mesi: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Proposta Voucher profilo 2	Durata prevista mesi: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Proposta Voucher profilo 3	Durata prevista mesi: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Proposta Profilo Complex	Durata prevista mesi: <input type="text"/>

Note:

Il Medico di Medicina Generale è disponibile a possibili contatti	<input type="checkbox"/> Sì, al numero:	<input type="checkbox"/> no
Eventuali comunicazioni via FAX al n.		

data

firma MMG/PLS

.....

.....