



ASSISTENZA DOMICILIARE D.G.R.124/99

PROPOSTA DI ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

Si propone al ROAD del Distretto **Ovest** [] **Centro Nord** [] A1 [] A2 **Sud Est** [] A1 [] A2

l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare da parte dell'Associazione di Volontariato, così come indicato dal Leader del paziente, a favore di

DATI ANAGRAFICI PAZIENTE Cognome _____ Nome _____ Sesso <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Luogo e data di nascita <small>Comune e provincia</small> _____ <small>Data</small> _____ Codice Fiscale _____ Residenza _____ Domicilio _____ Tel. _____ MMG _____ Tel. MMG _____	RACCORDO ANAMNESTICO Patologia principale: _____ Patologie concomitanti: _____ Quadro clinico attuale: <input type="checkbox"/> dolore; <input type="checkbox"/> dispnea; <input type="checkbox"/> anoressia/cachessia; <input type="checkbox"/> nausea/vomito; <input type="checkbox"/> stipsi; <input type="checkbox"/> ostruzione intestinale maligna; <input type="checkbox"/> astenia; <input type="checkbox"/> insonnia; <input type="checkbox"/> sedazione; <input type="checkbox"/> delirium; <input type="checkbox"/> altro _____ Terapia in corso: _____
PROVENIENZA <input type="checkbox"/> Domicilio con ADI già attivata? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reparto Ospedaliero <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> Altro _____	CRITERI DI INCLUSIONE <input type="checkbox"/> Malattia neoplastica in fase terminale non passibile di terapia volta alla guarigione, in corso di trattamento palliativo e con almeno un organo vitale compromesso (indicare quale/i: <input type="checkbox"/> cervello; <input type="checkbox"/> cuore; <input type="checkbox"/> polmoni; <input type="checkbox"/> reni; <input type="checkbox"/> fegato/pancreas;) <input type="checkbox"/> Altra Malattia con indice di Karnofsky=<50%
STATO FAMILIARE N. componenti del nucleo familiare (escluso l'assistito e l'eventuale assistente convivente) _____ È presente un assistente non familiare? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Familiare di riferimento (Leader) Cognome _____ Nome _____ Grado di parentela _____ Tel. _____ Domicilio _____ <input type="checkbox"/> Persona che presta assistenza (Caregiver) Cognome _____ Nome _____ Grado di parentela _____ Tel. _____ Domicilio _____	DATI CLINICI-ASSISTENZIALI <input type="checkbox"/> CVC sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CVP sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Elastomero sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SNG sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PEG sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale totale sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale periferica sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tracheotomia sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Drenaggi sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> (se SI precisare sede _____) <input type="checkbox"/> Stomia cutanea sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> (se SI precisare tipo e sede _____) <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Materasso anti-decubito sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

Data _____

Timbro e firma del **MMG** _____