

Progetto “Domus Nostra” DO.NO – AZIONE 1 – Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio - Regione Toscana - FONDO PER LO SVILUPPO E LA COESIONE
Cod. progetto 290207 - Codice CUP I99J2100695001

COGNOME NOME	DATA DI NASCITA	COMUNE DI RESIDENZA
DIMESSA IL	DA	TIPOLOGIA DI PACCHETTO ASS.LE ATTIVATO
INFORMAZIONI CLINICO -ASSISTENZIALI- SOCIALI		

Equipé Territoriale	Nome Cognome	Funzione	Contatto	e.mail
Resp. U.O.		Supervisione del monitoraggio		
Infermiere referente ACOT Zona Nord/Ovest		Facilitatore della continuità assistenziale et integrazione multiprofessionale		
Case manager :		Verifica applicazione piano di monitoraggio		
Infermieri		Applicazione piano di monitoraggio con accessi domiciliari		

Gli obiettivi del presente piano assistenziale sono:

- monitoraggio/verifica/ miglioramento degli interventi assistenziali attuati
- Collaborazione/condivisione del piano di monitoraggio assistenziale, con il personaleal fine di dare supporto alla famiglia / care-giver.

TEMPISTICA MONITORAGGIO/VALUTAZIONE:

A BREVE TERMINE (primo accesso domiciliare)

ATTIVITA'	
1) Rilevare presenza documentazione sanitaria per la registrazione delle attività assistenziali svolte	
2) Rilevare presenza dei presidi previsti al momento della dimissione o richiesta al domicilio	
3) Colloquio con i familiare per la condivisione del piano di monitoraggio, assicurare continuità assistenziale e di supporto.	
5) Colloquio con gli operatori sanitari diper favorire un'integrazione e collaborazione professionale.	
STRUMENTO UTILIZZATO	Scheda valutazione a breve termine (Allegato 1)

VALUTAZIONE A LUNGO TERMINE
(al termine del progetto di domiciliarità)

STRUMENTO UTILIZZATO	Scheda valutazione a lungo termine (Allegato 2)
----------------------	---

Firma

ALLEGATO 1 : Scheda valutazione a breve termine

Dati anagrafici	Nome Cognome	Data di nascita	
	Residenza		
	Tel.		
	MMG	Tel.	
N° Caribel			

	Data	Firma	Provenienza paziente
--	------	-------	----------------------

Presa in carico			
-----------------	--	--	--

ESAME OBIETTIVO:

VALUTAZIONE A BREVE TERMINE (primo accesso domiciliare)

ATTIVITA'	Presente/Assente	DATA	FIRMA
1) Documentazione sanitaria per la registrazione giornaliera delle attività assistenziali			
2) Documento di sintesi per la registrazione del cambio periodico dei presidi e controllo PV, (se presenti specificare con elenco sottostante):			
3)			
4)			
5)			
6)			
Aspetti relazionali	Effettuato/non effettuato		
Colloquio con familiari/care-giver per la condivisione del piano di monitoraggio			
Colloquio con gli operatori sanitari addetti all'assistenza domiciliare			

ALLEGATO 2 : Scheda valutazione a lungo termine

Dati anagrafici	Nome Cognome	Data di nascita
N° Caribel		

VALUTAZIONE A LUNGO TERMINE
(al termine del progetto)

Valutazione dei risultati
<input type="checkbox"/> Condizioni migliorate

<input type="checkbox"/> Condizioni stazionarie		
<input type="checkbox"/> Condizioni peggiorate		
Sospensione	Data inizio	
	Data fine	
	Motivazione	<input type="checkbox"/> ricovero temporaneo in ospedale
		<input type="checkbox"/> ricovero temporaneo in struttura
<input type="checkbox"/> altro		
Conclusione	Motivazione	<input type="checkbox"/> completamento periodo di sperimentazione
		<input type="checkbox"/> ricovero in ospedale
		<input type="checkbox"/> decesso in ospedale
		<input type="checkbox"/> decesso a domicilio
		<input type="checkbox"/> trasferimento in struttura
		<input type="checkbox"/> volontà dell'utente
		<input type="checkbox"/> altro