



## CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE

Stato di coscienza:  ORIENTATO  DISORIENTATO  COMA

Respirazione:  AUTONOMA  VENTILAZIONE ASSISTITA MECCANICA  OSSIGENO

Paziente collaborante:  SI  NO

Deambulazione autonoma:  SI  NO

Alimentazione:  AUTONOMA  SONDINO NASO-GASTRICO  PEG  APT  ALTRO \_\_\_\_\_

Continenza urinaria:  SI  NO

- pannoloni
- catetere vescicale, tipo \_\_\_\_\_
- altro \_\_\_\_\_

Continenza fecale:  SI  NO

Portatore di stomia:  NO  SI modello e misura \_\_\_\_\_

Accesso venoso centrale:  NO  SI tipo e gestione \_\_\_\_\_

Allergie e intolleranze:  
\_\_\_\_\_

Lesioni da decubito:  NO  SI

sede e grado \_\_\_\_\_

Ausili/Protesi: SI  NO

specificare \_\_\_\_\_

Terapia farmacologica:  NO  SI

Specificare \_\_\_\_\_

### PROPOSTA ACCESSI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE/ PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

n. \_\_\_\_\_ volte al giorno       ogni \_\_\_\_\_ giorni       n. \_\_\_\_\_ volte a settimana

### PROPOSTA FREQUENZA E DURATA ACCESSO INFERMIERISTICO

n. \_\_\_\_\_ volte al giorno       ogni \_\_\_\_\_ giorni       n. \_\_\_\_\_ volte a settimana

Tempistica media

min. \_\_\_\_\_

### PROPOSTA FREQUENZA E DURATA ACCESSO DEL FISIOTERAPISTA

n. \_\_\_\_\_ volte al giorno       ogni \_\_\_\_\_ giorni       n. \_\_\_\_\_ volte a settimana

Tempistica media

min. \_\_\_\_\_

### PROPOSTA FREQUENZA E DURATA ACCESSO DELL'OPERATORE SOCIO SANITARIO

n. \_\_\_\_\_ volte al giorno       ogni \_\_\_\_\_ giorni       n. \_\_\_\_\_ volte a settimana

Tempistica media

min. \_\_\_\_\_

Data / /

TIMBRO E FIRMA MEDICO

\_\_\_\_\_

**PATTO DI ASSISTENZA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO  
PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di:

- paziente che necessita di Cure Domiciliari  
 familiare referente del paziente \_\_\_\_\_  
 legale rappresentante del paziente \_\_\_\_\_

A i sensi e per gli effetti della Legge 675/1996 e del D.L. 196/2003

**ESPRIMO LIBERAMENTE IL CONSENSO**

al trattamento dei dati personali relativi al paziente, consapevole che il trattamento riguarderà anche i dati idonei a rilevare lo stato di salute psicofisica, esclusivamente ai fini di prevenzione, di diagnosi, di cura, nonché per la compilazione della cartella clinica, di certificati, di relazioni e di altri atti connessi all'esercizio delle attività istituzionali ed, inoltre, per i documenti relativi alla gestione amministrativa.

Autorizzo, inoltre, l'Azienda A.S.L. \_\_\_\_\_ a comunicare ad altre istituzioni pubbliche (Comune, Provincia, Regione) i dati strettamente necessari alla soluzione di specifici problemi socio-sanitari che riguardino l'interessato e che siano strettamente connessi con lo stato di "assistito a domicilio".

SI     NO

Dichiaro, di aver sottoscritto il "Piano Assistenziale Individualizzato", di essere stato ben informato sulle modalità di erogazione delle prestazioni, della durata del trattamento e della frequenza degli accessi degli operatori socio-sanitari durante l'assistenza domiciliare. Le prestazioni di cui sopra, la cui responsabilità clinico-terapeutica è affidata al MMG/PLS, sono erogate da diversi professionisti socio-sanitari.

Il "Piano Assistenziale Individualizzato" potrà subire delle modifiche, in base alle mutate condizioni di salute. In tal caso verrà redatta una variazione del P.A.I.

Dichiaro inoltre di essere stato messo a conoscenza che il termine del trattamento domiciliare potrà essere anticipato su mia richiesta oppure per risoluzione delle patologie prima della data prevista. Mi impegno a custodire diligentemente presso il domicilio del paziente la Cartella Domiciliare fino al momento della riconsegna al Distretto da parte del MMG/PLS o suo delegato.

Dichiaro di aver compreso quanto sopra e di essere stato informato dal \_\_\_\_\_

Inoltre, si dichiara che il paziente è residente a: \_\_\_\_\_

Li, [ ]/[ ]/[ ]

FIRMA \_\_\_\_\_

**X RISOLUZIONE ANTICIPATA DEL PATTO DI ASSISTENZA**

Su richiesta del:     paziente     familiare referente     legale rappresentante del paziente

si recede anticipatamente dal Piano Assistenziale Individualizzato, contro il parere degli operatori sanitari,

sollevando gli stessi da ogni responsabilità, per il seguente motivo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma