



Cartella N° _____

Cognome e Nome _____

Nato/a il _____ a _____

Indirizzo _____

Distretto di residenza _____

SI AUTORIZZA IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI D. Lgs.196/2003

SI ACCONSENTE ALL'ASSISTENZA NELL'AMBITO DEL SERVIZIO DI CURE SANITARIE
DOMICILIARI (DPR 484/96)

Data _____

Firma _____


PER INFORMAZIONI E COMUNICAZIONI:

Dal Lunedì al Venerdì ore 08.00-20.00
Il Sabato ore 08.00-13.00

Tel. 0909799542

Cognome e Nome _____

Cartella N° _____

ADI MESSINA Società Consortile a.r.l. 	MODULO ACQUISIZIONE DATI PERSONALI (D. Lgs. n. 196/2003 "Codice della privacy" e successiva entrata in vigore del Regolamento Europeo RGPD – UE 2016/679)	Allegato Aq. Dati ASSISTITO Pagina 1 di 1	Rev 01 7/10/2019
--	--	---	-------------------------

Facendo seguito alla segnalazione pervenuta da parte dell'ASP di Messina, riferimento P.A.I. (Piano Assistenza Individualizzato) del _____, si chiede con la sottoscrizione della presente, di procedere al perfezionamento della fase di acquisizione dati, da parte della Società Consortile a r.l. "ADI MESSINA" riguardo l'espletamento dei servizi di cui trattasi:

Cartella n°. _____

Cognome _____

Nome _____

Nato a _____ il _____

Indirizzo _____

Distretto di residenza _____

RECAPITI:

TEL. ABITAZIONE _____ TEL. MOBILE _____

FAX _____ E-MAIL _____

DICHIARA

- ✓ di aver preso atto che questa Società Consortile a.r.l. "ADI MESSINA" dispone di applicativi informatici mediante accessi protetti e garantiti, e di adottare procedure di trattamento della documentazione cartacea, conformi a quanto previsto dalle leggi vigenti in materia;
- ✓ di aver preso atto che il Titolare del Trattamento è la Società Consortile a.r.l. "ADI MESSINA" è il Presidente e Legale Rappresentante, il Responsabile del Trattamento è la **dott.ssa ALIOTO GIOVANNA FRANCESCA AURORA**, entrambi raggiungibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 20:00 ed il sabato dalle ore 8:00 alle ore 13:00, ai recapiti: **090.9799542** mail: **centraleoperativa.me@gmail.com**;
- ✓ di essere stato/a edotto/a che i dati personali acquisiti direttamente verranno trattati esclusivamente per le finalità funzionali agli scopi ed alle finalità per le quali il trattamento è effettuato.
- ✓ l'acquisizione dei dati che vengono richiesti esplicitamente per le finalità connesse allo scopo della società, l'eventuale rifiuto di fornire dati comporta il mancato perfezionamento dei servizi di cui trattasi;
- ✓ di essere stato/a edotto/a che potrà rivolgermi senza particolari formalità, al titolare del trattamento e/o al responsabile del trattamento per far valere i miei diritti, dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 20:00, ai recapiti: **090.9799542** mail: **centraleoperativa.me@gmail.com**;

preso atto dell'informativa di cui sopra, ricevuta ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003 "Codice della privacy" e successiva entrata in vigore del Regolamento Europeo RGPD – UE 2016/679, **acconsento al trattamento dei dati personali**, funzionali agli scopi ed alle finalità per le quali il trattamento è effettuato, acconsentendo inoltre all'assistenza dell'ambito del servizio di cure sanitarie domiciliari (DPR 484/96).

Inoltre autorizzo e acconsento che i dati/notizie e documenti, vengano altresì comunicate alle persone di seguito:

Cognome Nome _____ Cognome Nome _____

Cognome Nome _____ Cognome Nome _____

firma dell'interessato

STORIA CLINICA DEL PAZIENTE

PATOLOGIE ASSOCIATE

FORNITURA DI PRESIDI E AUSILI

- ☐ Letto
- ☐ Materasso Antidecubito
- ☐ Cuscino Antidecubito
- ☐ Pannoloni
- ☐ Traverse
- ☐ Carrozzina
- ☐ Girello
- ☐ Tripode
- ☐

ALLERGIE E/O INTOLLERANZE

Farmaco o Agente	Tipo di Reazione

Data _____

Firma Medico _____

Cognome e Nome _____

Cartella N° _____

ESAME OBIETTIVO

Capo e Collo

Apparato Respiratorio

Apparato Cardiocircolatorio

Apparato Muscolo Scheletrico

Addome e Pelvi

Sistema Nervoso

Sistema Tegumentario

Data _____

Firma Medico _____

Cognome e Nome _____

Cartella N° _____

PORTATORE DI:

- ☐ Catetere Vescicale
- ☐ Protesi Visive
- ☐ Protesi Dentaria Mobile
- ☐ Protesi Uditive
- ☐ Sondino Naso-gastrico

PORTATORE DI DRENAGGI:

- ☐ _____ Sede _____
- ☐ _____ Sede _____

PORTATORE DI CATETERE VENOSO CENTRALE:

- | | |
|--------------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Hickam | posizionato il _____ |
| <input type="checkbox"/> Groshong | posizionato il _____ |
| <input type="checkbox"/> Port-A-Cath | posizionato il _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | posizionato il _____ |

PORTATORE DI STOMIA:

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Colonstomia | confezionata il _____ |
| <input type="checkbox"/> Ileostomia | confezionata il _____ |
| <input type="checkbox"/> Tracheostomia | confezionata il _____ |
| <input type="checkbox"/> Ureterostomia | confezionata il _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | confezionata il _____ |

Data

Firma operatore _____

Cognome e Nome _____

Cartella N° _____

DIARIO CLINICO
INTERVENTI DEL M.M.G., U.V.M., M. SPECIALISTA, INF., F.K.T..

DATA	ORARIO INGRESSO	ORARIO USCITA	INTERVENTO EFFETTUATO	FIRMA OPERATORE	FIRMA PAZIENTE O FAMILIARE

Cognome e Nome _____

Cartella N° _____

SCHEDA DI VALUTAZIONE ULCERE CUTANEE

- ☐ 1° Visita
☐ Rivalutazione

Tipo di Ulcera _____ Data Comparsa _____

Localizzazione _____

Descrizione (aspetto, forma, dimensione, odore, dolore, etc.)

Stadiazione

- ☐ S1 (cute integra iperemica, presenza di eritema e/o escoriazione dell'epidermide)
☐ S2 (lesione che raggiunge il derma)
☐ S3a (interessamento del tessuto sottocutaneo e della fascia muscolare in fase di granulazione)
☐ S3b (interessamento del tessuto sottocutaneo e della fascia muscolare con presenza di tessuto necrotico il quale potrebbe essere infetto)
☐ S4 (interessamento del muscolo, dell'articolazione e dell'osso, con presenza di necrosi settica)

Protocollo di medicazione:

Frequenza medicazione _____

Prescritta da: _____

Toilette chirurgica

☐ Prevista

☐ Effettuata

Data _____

Firma operatore _____

Cognome e Nome _____

Cartella N° _____

PRESA IN CARICO INFERMIERISTICA

Parametri Vitali	<input type="checkbox"/> Polso <input type="checkbox"/> Pressione Arteriosa	<hr/> <hr/>
Stato di Coscienza	<input type="checkbox"/> Lucido <input type="checkbox"/> Soporoso <input type="checkbox"/> Disorientato (spazio-tempo)	<input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Agitato
Stato emotivo attuale	<input type="checkbox"/> Atteggiamento di fiducia <input type="checkbox"/> Atteggiamento di serenità <input type="checkbox"/> Atteggiamento di paura	<input type="checkbox"/> Atteggiamento ansioso/depressivo <input type="checkbox"/> Atteggiamento di rabbia
Comunicazione	<input type="checkbox"/> Buona <input type="checkbox"/> Difficoltosa	<input type="checkbox"/> Non parla <input type="checkbox"/>
Mobilità	<input type="checkbox"/> Autonoma <input type="checkbox"/> Uso della carrozzina <input type="checkbox"/> Entra ed esce dal letto si siede e si alza con assistenza	<input type="checkbox"/> Allettato <input type="checkbox"/> Usa il bastone/girello/tripode
Igiene	<input type="checkbox"/> Si lava senza assistenza <input type="checkbox"/> Si lava con assistenza	<input type="checkbox"/> Viene lavato del tutto dall'assistente
Cute	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Secca	<input type="checkbox"/> Calda <input type="checkbox"/> Fredda
Respirazione	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Tachipnea	<input type="checkbox"/> Dispnea <input type="checkbox"/>
Sonno	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Ipersonnia	<input type="checkbox"/> Insonnia
Alvo	<input type="checkbox"/> Controlla la defecazione <input type="checkbox"/> Portatore di pannolone <input type="checkbox"/> Occasionale incontinenza	<input type="checkbox"/> Portatore di stomia <input type="checkbox"/> Stipsi
Diuresi	<input type="checkbox"/> Controlla la minzione <input type="checkbox"/> Portatore di pannolone <input type="checkbox"/> Incontinenza <input type="checkbox"/> Portatore di stomia	<input type="checkbox"/> Portatore di catetere vescicale <input type="checkbox"/> Disuria <input type="checkbox"/> Ritenzione
Alimentazione	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Ridotta <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale totale	<input type="checkbox"/> Si alimenta autonomamente <input type="checkbox"/> Tramite PEG o SNG <input type="checkbox"/> Deve essere imboccato
Idratazione	<input type="checkbox"/> Buona <input type="checkbox"/> Ridotta	<input type="checkbox"/> Disidratato <input type="checkbox"/>
Dolore	<input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Acuto	<input type="checkbox"/> Insopportabile <input type="checkbox"/> Cronico

Data _____

Firma dell'operatore _____

Cognome e Nome _____

Cartella N° _____

PROSPETTO TERAPIA (1)

Terapia E.V. Infusionale	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
Terapia Intramuscolare	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
Terapia Sottocutanea	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica

Cognome e Nome _____

Cartella N° _____

PROSPETTO TERAPIA (2)

Terapia Orale	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
Terapia Varia	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
Medicazione	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica

Cognome e Nome _____ Cartella N° _____

SCHEDA MENSILE PARAMETRI VITALI

Mese.....Anno.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Pressione Arteriosa																
Frequenza Cardiaca																
Frequenza Respiratoria																
Temperatura Corporea C°																
Liquidi Assunti x OS (nelle 24 ore)																
Liquidi Assunti x EV (nelle 24 ore)																
Diuresi (nelle 24 ore)																
Bilancio Idrico/ 24 ore																
Alvo (segnare se aperto a feci)																
Determinazione Glicemia																
h.....																
h.....																
h.....																
h.....																
Cambio S.N.G.:																
<input type="checkbox"/> programmato																
<input type="checkbox"/> effettuato																
Cambio Catetere Vescicale:																
<input type="checkbox"/> programmato																
<input type="checkbox"/> effettuato																
Clistere Evacuativo:																
<input type="checkbox"/> programmato																
<input type="checkbox"/> effettuato																

Cognome e Nome _____ Cartella N° _____

SCHEDA MENSILE PARAMETRI VITALI

Mese.....	Anno.....	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Pressione Arteriosa																
Frequenza Cardiaca																
Frequenza Respiratoria																
Temperatura Corporea C°																
Liquidi Assunti x OS (nelle 24 ore)																
Liquidi Assunti x EV (nelle 24 ore)																
Diuresi (nelle 24 ore)																
Bilancio Idrico/ 24 ore																
Alvo (segnare se aperto a feci)																
Determinazione Glicemia																
h.....																
h.....																
h.....																
h.....																
Cambio S.N.G.:																
<input type="checkbox"/> programmato																
<input type="checkbox"/> effettuato																
Cambio Catetere Vescicale:																
<input type="checkbox"/> programmato																
<input type="checkbox"/> effettuato																
Clistere Evacuativo:																
<input type="checkbox"/> programmato																
<input type="checkbox"/> effettuato																

Cognome e Nome _____

Cartella N° _____

Mese:

MONITORAGGIO DOLORE DI BASE

Scala Numerica	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
10																															
9																															
8																															
7																															
6																															
5																															
4																															
3																															
2																															
1																															
0																															

NUMERO EPISODI DOLORE INCIDENTE

Scala Numerica	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
10																															
9																															
8																															
7																															
6																															
5																															
4																															
3																															
2																															
1																															
0																															

**MODULO DI CONSENSO ALLA
TRASFUSIONE DI SANGUE -
EMODERIVATI O PREDEPOSITO**

Io sottoscritt _____ nat a _____ il _____ e residente a _____ in via _____

dichiara di essere stat _____ informato dalla Dott.ssa _____ su quanto segue:

per le mie attuali condizioni cliniche potrebbe rendersi necessaria una terapia trasfusionale con sangue di donatore e/o con emoderivati ottenuti da sangue umano.

Mi è stato spiegato che il sangue è stato controllato secondo i vigenti dispositivi di legge: nonostante ciò non è possibile escludere completamente rischi trasfusionali ed effetti collaterali, inclusa la possibilità di trasmissione di malattie infettive, peraltro attualmente considerate estremamente bassa. Reazioni allergiche possono provocare prurito ed eruzioni cutanee. Sono molto rare gravi reazioni che comportano disturbi cardio-circolatori o respiratori. Sono più frequenti reazioni lievi come febbre e brividi. Se durante la trasfusione si presentano segni di incompatibilità, questa sarà immediatamente sospesa.

In caso di frequenti trasfusioni un eccesso di ferro può provocare danni agli organi (soprattutto al fegato, al cuore, al pancreas). Dopo la trasfusione di componenti ematici si possono formare anticorpi che possono causare reazioni di incompatibilità in successive trasfusioni o gravidanze. Mi sono state esposte le conseguenze cui potrei andare incontro in caso di rifiuto alla terapia trasfusionale.

Sono stato messo in condizione di richiedere ulteriori chiarimenti e, nel caso, ho ricevuto risposte esaurienti.

Sulla base delle informazioni ricevute e di quanto esposto nel presente modulo, che dichiaro di avere letto con attenzione e ben compreso,

O ACCONSENTO O NON ACCONSENTO

al prelievo e successiva trasfusione e/o somministrazione di sangue e/o emoderivati

Firma del paziente* _____ Firma del medico _____

Firma dell'eventuale interprete _____

***In caso di minore**

Firma dei genitori/tutore _____

Se firma un solo genitore dichiara anche di essere l'unico esercente la potestà o di agire in comune accordo con l'altro genitore.

Data _____

Firma del Medico _____ 0