

# Richiesta Attivazione Assistenza Domiciliare

A.P.S.P. San Giuseppe di Primiero

(Modulo per l'Utente)

## SOGGETTO RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a .....

- Utente .....
- Familiare.....
- Medico di Medicina Generale.....
- Altro.....

**rilevata la presenza di bisogni socio-sanitari ad elevata integrazione sanitaria nei confronti del**

## DATI UTENTE

Sig.ra/Sig. ....

Sesso          F           M

Nato/a a:.....(          ) il ...../...../.....

Residente a:.....(          ) in via:..... n°...

Stato civile.....

Tel. .... Cell.....

N° componenti del nucleo familiare.....

Domicilio di assistenza ( solo se diverso dalla residenza) .....

Recapito dell'Utente/ Richiedente al momento della domanda.....

Codice fiscale.....

## DATI DEI FAMIGLIARI/SOGGETTI DI RIFERIMENTO

Nominativo:.....rapporto di parentela:.....

residente a.....( ) in via.....n°.....

Tel..... Cell.....

### **CHIEDE L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

1. Assistenza Domiciliare in ambito socio assistenziale ed in ambito assistenziale sanitario
2. Ambito Fisioterapico
3. Ambito servizi generali

#### **ACCESSI RICHIESTI**

- Settimanali
- Quindicinali
- Altro .....

#### **PRESTAZIONI RICHIESTE**

##### **AMBITO SOCIO ASSISTENZIALE a cura dell'OPERATORE SOCIO SANITARIO**

- Attività finalizzata all'igiene personale della persona assistita e alla cura dell'abbigliamento e all'espletamento delle funzioni fisiologiche.
- Compagnia temporanea.
- Aiuto nella predisposizione del pasto.
- Rilevazione parametri vitali su indicazione dell'infermiere, controllo del peso, raccolta campioni biologici che non richiedono manovre invasive.
- Aiuto alla persona nelle pratiche di riattivazioni funzionali o riabilitative su indicazione di figure professionali competenti.
- Mantenere confortevoli, curare il riordino e la pulizia degli ambienti di vita della persona assistita e proporre suggerimenti per interventi di adattamento dell'ambiente alle esigenze dell'assistito per favorirne l'autonomia e garantirne la sicurezza.
- Supporto formativo per la gestione burocratica delle pratiche assistenziali affidate alla famiglia, per l'uso dei presidi, ausili e altri dispositivi in dotazione alla famiglia, per la corretta applicazione delle indicazioni terapeutiche e/o farmacologiche affidate alla famiglia.

##### **AMBITO SANITARIO ASSISTENZIALE a cura dell'INFERMIERE**

- Supporto nella gestione degli interventi terapeutici complessi : terapia infusiva, terapia antalgica, nutrizione artificiale (SNG, PEG), terapia iniettiva.
- Supporto nella gestione di situazioni assistenziali connesse alla gestione di stomie: urostomie, tracheostomia, ileo o colostomie.
- Supporto nel gestire situazioni di rischio infettivo: presenza di presidi intravascolari (CVC e CVP), catetere vescicale a permanenza , lesioni cutanee ( ferite chirurgiche, lesioni vascolari, neuropatiche, ustioni, lesioni da decubito) supporto nel gestire situazioni di incontinenza (urinaria e/o fecale) e irregolarità dell'alvo.
- Supporto nel gestire situazioni di rischio per l'insorgenza di lesioni da decubito e situazioni di rischio da sindrome da immobilizzazione.
- Esecuzione prelievo venoso.

## **AMBITO FISIOTERAPICO:**

- Consulenza sulla prevenzione dei danni da ridotta mobilità (posture e mobilizzazioni periodiche, attività fisica quotidiana, )
- Consigli di buona pratica assistenziale per la prevenzione delle cadute ed il mantenimento delle abilità residue nelle attività della vita quotidiana della persona (sicurezza ambientale, abbigliamento, calzature, ausili per la mobilizzazione, facilitazione alla partecipazione alle adl.ecc.);
- cicli di fisioterapia individuale (addestramento all'esecuzione di semplici esercizi per il mantenimento della mobilità da eseguire anche al domicilio in autonomia o con assistenza del familiare, addestramento all'uso di ausili per la deambulazione ecc) ;
- Consulenza per la prescrizione degli ausili e cura delle pratiche necessarie allo scopo;
- prestito transitorio degli ausili per la mobilità

## **AMBITO SERVIZI GENERALI**

- Espletamento di piccole manutenzioni in ambito domestico (riparazioni varie, manutenzione verde, etc.)
- Lavaggio capi

Allega la documentazione medica con relative indicazioni cliniche (diagnosi, patologie concomitanti, terapie), il modulo di Consenso per la valutazione e l'informativa al trattamento dei dati personali.

Data .....

Firma .....