

ATTIVAZIONE A.D.I. A DOMICILIO

PAI n. _____ del _____ CAD _____ Distretto _____
 Prestazione: Fisioterapica - Logopedica - Infermieristica

Paziente: Cognome: _____ Nome: _____ Sesso: M
 - F

Domicilio: _____ Tel: _____

Persona di riferimento: _____

Familiare - Altro (specificare): _____ Tel: _____

MMG / PLS del paziente: _____ Tel: _____

CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE

ADL (attività della vita quotidiana) – Autonomia nel:

- Fare il bagno si parziale no
 - Vestirsi si parziale no
 - Igiene personale si parziale no
 - Spostamenti si parziale no
 - Alimentazione si parziale no
- (sondino naso-gastrico PEG altro
 _____)

- Continenza urinaria si parziale no
- (pannolone catetere vescicale altro
 _____)

- Continenza fecale si no

Disabilità da trattare: _____

Stato di coscienza: Orientato Disorientato Coma

Respirazione : Autonoma Ossigeno Ventilazione assistita meccanica

Paziente collaborante: Si No

Deambulazione autonoma: Si No

Portatore di stomia: No Si modello e misura: _____

Accesso venoso centrale: No Si tipo e gestione: _____

Lesioni da decubito: No Si sede e grado: _____

Allergie e intolleranze: _____

Data _____

Operatore _____

A.D.I. _____

(qualifica_____)