

PROGETTO DI DOMICILIAZIONE PEDIATRICA

Dati anagrafici e riferimenti operativi

COGNOME e NOME del minore _____

COGNOME e NOME dei genitori o di chi esercita la potestà _____

ASL/ASO PROPONENTE la dimissione _____

Unità Operativa _____

REFERENTE MEDICO ASL/ASO (Cognome, Nome, qualifica, servizio di appartenenza, recapiti telefonici) _____

ASL RICEVENTE il minore _____

Specificare ASL di residenza se diversa _____

DISTRETTO _____

Direttore del Distretto o suo Delegato _____

REFERENTE DEL CASO ASL (Cognome, Nome, qualifica, servizio di appartenenza, recapiti telefonici) _____

COMUNE/ENTE GESTORE _____

Direttore del Comune/Ente Gestore o suo Delegato _____

REFERENTE DEL CASO Comune/Ente Gestore

Cognome, Nome, qualifica, servizio di appartenenza, recapiti telefonici

CARE GIVER di riferimento

Cognome, Nome, familiare o altro, recapiti telefonici

Condizione clinico assistenziale

Definizione dei bisogni sanitari e socio assistenziali del minore e della famiglia:

Obiettivi:

Ruolo delle strutture operative sanitarie coinvolte:

Formazione e addestramento degli operatori

Formazione del care giver

n.b. allegare in dimissione il relativo verbale di formazione

Modalità di supporto da parte della struttura ospedaliera o di riferimento specialistico nei confronti degli operatori e della famiglia per la gestione delle situazioni di criticità

Profili di assistenza delle Cure Domiciliari

- Prestazioni infermieristiche estemporanee PIE
- Assistenza infermieristica e/o riabilitativa SID
- Assistenza domiciliare programmata del PdF o MMG ADP

- Assistenza domiciliari integrate: ADI
- ADI + pediatria ospedaliera
- Intensive e/o palliative: ADI + UOCP; ADI + team specialistico

Ruolo dei Servizi Sociali:

Case Manager _____

Note

Ratifica, nei casi previsti, del Progetto Assistenziale a cura di

UVM UVH altro _____

Luogo e data:
Firma dei genitori del minore o di chi esercita la potestà
Firma del Case Manager
Firme dei responsabili delle strutture operative coinvolte