

|                                                                    |                                                    |                                                   |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| APSP "S. Spirito –<br>Fondazione Montel"<br>Pergine Valsugana - TN | <b>ELENCO PRESTAZIONI<br/>SERVIZIO DOMICILIARE</b> | Mod.DOM.CSSR.01.03<br>Rev. 01<br>Pag. 1 di pag. 2 |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|

|                               |                                   |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| Data di emissione: 15/10/2018 | Approvazione: RAQ Bolgia Cristina |
|-------------------------------|-----------------------------------|

Cognome e nome utente \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

### PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE

| BARRARE | PRESTAZIONI                                                                             | SEGNALAZIONI/NOTE | FREQUENZE |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|
|         | Terapia intramuscolare o sottocutanea                                                   |                   |           |
|         | Somministrazione di flebo                                                               |                   |           |
|         | Prelievi ematici (ordinari ed urgenti) ed esami microbiologici                          |                   |           |
|         | Controllo parametri vitali (pressione arteriosa, saturazione)                           |                   |           |
|         | Controllo glicemia (stick)                                                              |                   |           |
|         | Medicazione semplice                                                                    |                   |           |
|         | Medicazione complessa, medicazione ferite chirurgiche                                   |                   |           |
|         | Medicazione catetere venoso centrale                                                    |                   |           |
|         | Nutrizione enterale tramite SNG o PEG: controllo/gestione/assistenza                    |                   |           |
|         | Stomia delle vie urinarie/intestinale: controllo o sostituzione della sacca di raccolta |                   |           |
|         | Posizionamento/cambio catetere vescicale                                                |                   |           |
|         | Rimozione catetere vescicale                                                            |                   |           |
|         | Clistere evacuante                                                                      |                   |           |
|         | Tracheostomia: cura e controllo cannula                                                 |                   |           |

### PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE

| BARRARE | PRESTAZIONI                                                                                       | SEGNALAZIONI/NOTE | FREQUENZE |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|
|         | Valutazione funzionale fisioterapia                                                               |                   |           |
|         | Valutazione protesica                                                                             |                   |           |
|         | Trattamento fisioterapico (30 minuti)                                                             |                   |           |
|         | Linfodrenaggio manuale (45 minuti)                                                                |                   |           |
|         | Linfodrenaggio manuale con bendaggio elastocompressorio— escluso materiale di consumo (60 minuti) |                   |           |

\_\_\_\_\_  
IL MEDICO CURANTE

Con la seguente firma dichiaro esplicitamente di aver compreso l'informativa di cui all'art. 13 del Regolamento UE sulla protezione dei dati e sulle modalità di trattamento dei dati personali e sensibili posta in essere dall'A.P.S.P. "S. Spirito – Fondazione Montel" (pubblicata sul sito [www.apsp-pergine.it](http://www.apsp-pergine.it) nonché disponibile presso gli uffici) e di esprimere liberamente il mio consenso al trattamento.

Pergine Valsugana, \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione della presenta informativa  
\_\_\_\_\_

|                                                                                                                                          |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>AUTORIZZAZIONE COORDINATORE MEDICO</b>                                                                                                |  |
| Si autorizza l'erogazione delle prestazioni. <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> IL MEDICO COORDINATORE<br/> _____ </div> |  |
| Pergine, _____                                                                                                                           |  |

|                                     |
|-------------------------------------|
| <b>SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO</b> |
|-------------------------------------|

|                              | TIPO PRESTAZIONI AUTORIZZATE                      | note |
|------------------------------|---------------------------------------------------|------|
| ACCESSO SERVIZIO DOMICILIARE | <input type="checkbox"/> SERVIZIO INFERMIERISTICO |      |
|                              | <input type="checkbox"/> SERVIZIO FISIOTERAPICO   |      |

**PROGRAMMAZIONE ACCESSO AL SERVIZIO**

| TIPO DI SERVIZIO | N. ACCESSI MENSILI | N. ORE SETTIMANALI | FREQUENZA |
|------------------|--------------------|--------------------|-----------|
|                  |                    |                    |           |
|                  |                    |                    |           |
|                  |                    |                    |           |
|                  |                    |                    |           |

**Accessi:** S = settimanali, Q= quindicinali, M = mensili

**Data inizio servizio:** \_\_\_\_\_

Firma

**Data fine servizio:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_