

Fondazione Ospedale Caimi ONLUS

26019 VAILATE (Cremona) - Via Caimi n. 21 - P.I. 00305030199

Tel. 0363-84020 – Fax 0363-340373 e.mail: caimi@fondazionecaimi.it - www.fondazionecaimi.it

DOMANDA DI ACCESSO ALLA MISURA

A.D.I. Assistenza Domiciliare Integrata in regime privatistico

DATI RIFERITI ALLA PERSONA PER LA QUALE SI RICHIEDONO GLI INTERVENTI DELLA MISURA (COMPLETI AI FINI ANCHE DELLA FATTURAZIONE)

Cognome								
Nome								
Data di nascita				Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Codice Fiscale								
N° Tessera Sanitaria								
Residenza attuale	Comune			Via			N°	
	CAP			Prov.				
Telefono #1				Telefono #2				
e-mail								
Medico Medicina Generale				Esenzione	_ _ _ _ _ _ _			

Compilare solo qualora l'indirizzo di domicilio non coincida con la residenza

Comune di domicilio _____ prov. (___) CAP _____
Via e n° _____

DATI RIFERITI ALLA PERSONA CHE FIRMA LA DOMANDA (COMPILARE SOLO SE E' PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE LA MISURA)

Cognome							
Nome							
Data di nascita				Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Codice Fiscale							

Fondazione Ospedale Caimi ONLUS

26019 VAILATE (Cremona) - Via Caimi n. 21 - P.I. 00305030199

Tel. 0363-84020 – Fax 0363-340373 e.mail: caimi@fondazionecaimi.it - www.fondazionecaimi.it

Residenza attuale	Comune		Via		N°	
	CAP		Prov.			
Telefono #1			Telefono #2			
e-mail						

CHIEDE

L'attivazione del servizio **A.D.I. Assistenza domiciliare integrata in regime privatistico** per le seguenti prestazioni:

Prestazioni socio sanitarie generiche					
Figura professionale	Orario feriale		Orario festivo		
ASA	un'ora	<input type="checkbox"/>	un'ora	<input type="checkbox"/>	
INFERMIERE	un'ora	<input type="checkbox"/>	un'ora	<input type="checkbox"/>	
FISIOTERAPISTA	un'ora	<input type="checkbox"/>	un'ora	<input type="checkbox"/>	

Prestazioni infermieristiche specifiche	
<input type="checkbox"/>	Prelievo venoso (con materiale)
<input type="checkbox"/>	Somministrazione dei medicinali intramuscolo / sottocute
<input type="checkbox"/>	Misurazione dei parametri vitali: temperatura, polso, arterioso, pressione arteriosa, atti respiratori, diuresi, peso corporeo, misure antropometriche
<input type="checkbox"/>	Bendaggio semplice
<input type="checkbox"/>	Medicazione semplice
<input type="checkbox"/>	Medicazione complessa
<input type="checkbox"/>	Esecuzione di vaccinazioni prescritte
<input type="checkbox"/>	Controllo ed assistenza delle stomie
<input type="checkbox"/>	Posizionamento di un catetere vescicale a permanenza
<input type="checkbox"/>	Assistenza corrente a un paziente sottoposto a dialisi Peritoneale

Fondazione Ospedale Caimi ONLUS

26019 VAILATE (Cremona) - Via Caimi n. 21 - P.I. 00305030199

Tel. 0363-84020 – Fax 0363-340373 e.mail: caimi@fondazionecaimi.it - www.fondazionecaimi.it

<input type="checkbox"/>	Raccolta sterile di un campione di urine nell'uomo e nella donna mediante cateterismo estemporaneo
<input type="checkbox"/>	Clistere (per ogni scopo)
<input type="checkbox"/>	Perfusione – incanalare una vena superficiale con ago o catetere corto
<input type="checkbox"/>	Perfusione in bolo
<input type="checkbox"/>	Prelievo capillare e venoso del sangue o raccolta di liquidi biologici mediante esami estemporanei (es.: stick glicemici)
<input type="checkbox"/>	Esecuzione elettrocardiogramma (con materiale – senza lettura)
<input type="checkbox"/>	Raccolta sterile e non sterile di escreti o secreti

Prestazioni specifiche non valorizzate su base oraria

VALUTAZIONI / CONSULENZE MEDICHE

<input type="checkbox"/>	Valutazione geriatrica presso la Fondazione
<input type="checkbox"/>	Valutazione geriatrica in altri comuni
<input type="checkbox"/>	Valutazione geriatrica (con somministrazione di test) presso la Fondazione
<input type="checkbox"/>	Valutazione geriatrica (con somministrazione di test) in altri comuni
<input type="checkbox"/>	Valutazione neuropsicologica (con somministrazione di test)
<input type="checkbox"/>	Valutazione neurologica

DICHIARA

(COMPILARE SOLO SE E' PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE LA MISURA)

- di essere il coniuge o il convivente o il figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale (indicare relazione di parentela): _____
- di essere altro care giver (indicare legame con il richiedente: amico, conoscente, ...):

per le figure sopra citate **il richiedente dichiara** che le prestazioni richieste sono espressione della volontà del beneficiario della misura.

- di essere amministratore di sostegno del beneficiario
(indicare estremi provvedimento di nomina: _____)
- di essere tutore del beneficiario
(indicare estremi provvedimento di nomina: _____)
- di essere curatore del beneficiario
(indicare estremi provvedimento di nomina: _____)

Fondazione Ospedale Caimi ONLUS

26019 VAILATE (Cremona) - Via Caimi n. 21 - P.I. 00305030199

Tel. 0363-84020 – Fax 0363-340373 e.mail: caimi@fondazionecaimi.it - www.fondazionecaimi.it

Luogo e data: _____

FIRMA
