

Al Direttore del Distretto di _____

dell'Azienda Sanitaria Locale _____

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE DIALISI DOMICILIARE (P.A.I.D.D.)

PROPOSTA di supporto al trattamento dialitico domiciliare

Cognome e nome del paziente: _____

Codice Fiscale: _____

Data nascita (gg/mm/aaaa) __/__/____ Luogo di nascita _____

Sesso : [M] / [F]

Residenza _____

Domicilio _____

Recapiti telefonici _____

Esenzione Ticket: _____

Medico di Medicina Generale: _____ Tel. _____

SINTESI ANAMNESTICA: _____

Centro DIALISI di riferimento: _____

ASL di residenza: _____ Distretto _____

DIAGNOSI Insufficienza Renale Cronica terminale

Terapia in atto: _____

Valutazione nefrologica: : _____

Valutazione sociale _____

Trattamento che è stato scelto per il trattamento del paziente :

/___/ HD

/___/ CAPD

/___/ APD

Domiciliare (presso il domicilio sopra eletto) []

Struttura socio sanitaria per persona non autosufficiente []

Centro Diurno Alzheimer []

Centro Diurno Integrato []

Programma di trattamento dialitico (specificare le ore e i giorni di trattamento extracorporeo / Scambi o numero di litri eseguiti e frequenza per i trattamenti di dialisi peritoneale): descrivere qui di seguito e allegare scheda programmazione trattamento dialitico extracorporeo o di dialisi peritoneale manuale o automatizzata (che fa parte integrante del presente documento)

PAZIENTI IN DIALISI PERITONEALE:

Valutazione autonomia (elementi generali e preparazione seduta dialitica)

punteggio ottenuto: _____(scheda allegata)

Valutazione gestione procedura dialitica

punteggio ottenuto : _____ (scheda allegata)

Totale complessivo : _____

Si viene quindi a delineare una situazione di assistenza di

Bassa intensità []

Media intensità []

Media-Alta intensità []

	Bassa intensità	Media intensità	Alta intensità
Assistente Familiare *			
Familiare			
Affidatario			
Personale struttura socio sanitaria per non autosufficienti **			

Addestramento completato	Cognome e nome del familiare / Affidatario /Assistente Familiare
Assistente Familiare *	
Familiare	
Affidatario	
Personale struttura socio sanitaria per non autosufficienti **	

<i>Impegno orario settimanale previsto (può esistere integrazione fra le varie figure)</i>	Ore settimanali
Assistente Familiare *	
Familiare	
Affidatario	
Personale struttura socio sanitaria per non autosufficienti **	

* Nei casi in cui il P.A.I.D.D. preveda l'attività dell'Assistente Familiare, questo/a deve essere regolarmente assunto con l'applicazione del C.C.N. del lavoro domestico.
L'Assistente Familiare può essere assunto/a dal soggetto beneficiario o da fornitore riconosciuto da A.S.L. e/o EE.GG.

** Il P.A.I.D.D. va ad integrare il P.A.I.

OBIETTIVI DEL P.A.I.D.D.:

PAZIENTE IN EMODIALISI DOMICILIARE

OBIETTIVI DEL P.A.I.D.D.:

Sulla base degli elementi valutati dalla Commissione Nefrologica si propone l'erogazione al Signor/a _____ per l'esecuzione del trattamento

Dialisi peritoneale

Emodialisi Domiciliare

del contributo economico di sostegno alla Dialisi Domiciliare di € _____ mensili.

Data di monitoraggio del P.A.I.D.D. il _____ .

Il Direttore del Centro dialisi

Il Paziente o familiare o persona di riferimento

firma _____

firma _____

[Recapiti telefonici _____]
[Indirizzo di posta elettronica _____]

[Recapiti telefonici _____]
[Indirizzo di posta elettronica _____]

Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per la proposta di supporto al trattamento dialitico domiciliare, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'erogazione del contributo economico a sostegno della dialisi domiciliare; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art.84 del citato D.Lgv.196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Informato della possibilità di esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi al Centro dialisi di competenza o al Distretto sanitario del Azienda Sanitaria Locale di residenza.

Il Paziente o familiare o persona di riferimento

firma _____

VISTO di AUTORIZZAZIONE

Il Direttore del Distretto dell'ASL

Data _____

Firma _____

SCHEDE DI VALUTAZIONE DELLA GESTIONE DEL TRATTAMENTO DIALITICO

(da compilare solamente per i Pazienti da avviare al trattamento di DIALISI PERITONEALE e da allegare obbligatoriamente al Piano Assistenziale per la Dialisi Domiciliare)

SCHEDA VALUTAZIONE DELL'AUTONOMIA		
ELEMENTI GENERALI		
Igiene personale		
0	completamente autonomo	
1	necessita di aiuto parziale	
2	completamente dipendente	
Igiene ambientale (area destinata alla dialisi)		
0	completamente autonomo	
1	necessita di aiuto parziale	
2	completamente dipendente	
Assunzione di farmaci		
0	completamente autonomo	
1	necessita di aiuto parziale	
2	completamente dipendente	
Rispetto delle prescrizioni dietetiche		
0	completamente autonomo	
2	necessita di aiuto parziale	
4	completamente dipendente	
Rispetto delle prescrizioni dialitiche		
0	completamente autonomo	
2	necessita di aiuto parziale	
4	completamente dipendente	
PREPARAZIONE DELLA SEDUTA DIALITICA		
Rilevazione del peso		
0	completamente autonomo	
1	necessita di aiuto parziale	
2	completamente dipendente	
Rilevazione della pressione		
0	completamente autonomo	
1	necessita di aiuto parziale	
2	completamente dipendente	
Cura del Catetere Peritoneale		
0	completamente autonomo	
2	necessita di aiuto parziale	
4	completamente dipendente	
Compilare schede dialitiche, bilanci giornalieri		
0	completamente autonomo	
1	necessita di aiuto parziale	
2	completamente dipendente	
Allestire il materiale necessario al trattamento dialitico		
0	completamente autonomo	
2	necessita di aiuto parziale	
4	completamente dipendente	
Punteggio Totale		

Note:

Il totale del punteggio (da 0 a 28) definisce con sufficiente approssimazione il grado di autonomia della persona rispetto all'esecuzione della seduta dialitica domiciliare.

Tale grado di autonomia è espresso, in relazione al punteggio conseguito, secondo le seguenti indicazioni:

Da 0 a 5	Paziente Autonomo
Da 6 a 18	Paziente Parzialmente non autonomo
Da 19 a 28	Paziente non autonomo

Per quanto riguarda, infine, la determinazione del grado di aiuto necessario allo svolgimento delle procedure dialitiche per pazienti parzialmente autonomi o non autonomi, essa deve essere diversificata a secondo se trattasi di CAPD o APD.

Le schede di valutazione successive, rispettivamente, assegnano un punteggio numerico con riferimento al grado di non autonomia, come precedentemente classificato, e dell'intensità di cura calcolata in base al numero di scambi giornalieri e al numero di giorni settimanali in cui devono tenersi le sedute dialitiche per la CAPD, mentre per l'APD devono essere considerate le manovre di connessione/sconnessione/smontaggio del monitor dialitico.

SCHEDA GESTIONE PROCEDURA DIALITICA CAPD		
1,5	Parzialmente non autonomo	
3	Non autonomo	
Scambi al giorno (numero) – punti da 1 a 4		
Dialisi giorni alla settimana - punti da 1 a 7		
Punteggio Totale		

SCHEDA GESTIONE PROCEDURA DIALITICA APD		
SCHEDA :Preparazione/connessione del monitor dialitico		
4	Parzialmente non autonomo	
8	Non autonomo	
Sconnessione/smontaggio del monitor dialitico		
2	Parzialmente non autonomo	
4	Non autonomo	
Dialisi giorni alla settimana - punti da 1 a 7		
Punteggio Totale		

Il grado di intensità assistenziale è espresso in relazione al punteggio conseguito, secondo le seguenti indicazioni:

Bassa intensità	Media intensità	Medio-Alta intensità
da 15 a 20	da 20 a 30	> 30