Sede _____ **Infermiere case manager** _____

Cognome _____ **Nome** _____

CRA _____ **C.F.** _____ **Nato a** _____ **il** _____

Domicilio _____ **n.** _____ **piano** _____

Cognome sul campanello _____ **Telefono** _____

Rete parentale

Sig. _____ Telefono _____

Sig. _____ Telefono _____

Rete amicale

Sig. _____ Telefono _____

Sig. _____ Telefono _____

Medico di Medicina Generale _____ Telefono _____

Servizio sociale del Comune di _____ Assistente sociale[1] _____

N. ore settimanali di assistenza _____ ADEST[1] _____

Fisioterapista ☐ sì ☐ no

Altri servizi (specificare) _____

Invalidità civile[1] ☐ sì ☐ no % ALTRO specificare _____

Motivo dell'attivazione _____ **Data** / /

_____

_____

Provenienza[2] _____ Continuità Assistenziale ☐ sì ☐ no

Situazione alla presa in carico

RISORSE/RETE	Assistito[3]	Badante	PID	SAD	Famiglia	Volontari	Privati	Nessuno
Igiene personale								
Governo della casa								
Aiuto assunzione farmaci								
Spesa/Pasto								
Altro:								

1 Facoltativo (se noto)

2 Utilizzare i codici SIASI (es. NESS, RSA, RPF, RCO, ecc...)

3 Se la persona è autonoma

Tipologia sanitaria dell'utenza

Sono previsti 3 campi per la tipologia sanitaria dell'utenza, il primo obbligatorio e gli altri due facoltativi da utilizzare secondo la seguente codifica:

- ☐ **DB0** diabetico compensato
- ☐ **DB1** diabetico in fase di scompenso
- ☐ **DB2** diabetico con insufficienza renale
- ☐ **DB3** diabetico con scompenso cardiaco
- ☐ **DB4** altro diabete
- ☐ **DB5** piede diabetico
- ☐ **G11** post-stroke (da 0-12 mesi dall'intervento)
- ☐ **G13** vascolare/linfatico (problemi vascolari, ulcere agli arti inferiori)
- ☐ **G14** ipertensione
- ☐ **G15** broncopneumopatia cronica ostruttiva
- ☐ **G16** post intervento chirurgico: amputazione
- ☐ **G17** post intervento: altro (ferite, stomie)
- ☐ **G18** neoplastico
- ☐ **G19** altra patologia cronico-degenerativa in fase di riacutizzazione
- ☐ **G20** altra patologia cronica degenerativa in fase di compenso
- ☐ **G21** sindrome da allettamento/ipocinetica
- ☐ **G22** etilismo
- ☐ **G23** tossicodipendenza
- ☐ **G24** HIV
- ☐ **G25** altra patologia (patologie non incluse negli altri gruppi)
- ☐ **G27** demente/psichiatrico demente
- ☐ **G28** demente/psichiatrico psichiatrico
- ☐ **G31** demente/psichiatrico alzheimer
- ☐ **G29** cardiopatia in fase di scompenso
- ☐ **G30** cardiopatia in fase di compenso labile
- ☐ **G32** terminale oncologico (aspettativa di vita fino a 6 mesi)
- ☐ **G33** terminale non oncologico (aspettativa di vita fino a 6 mesi, da inserire come tipologia secondaria collegata alla patologia principale)
- ☐ **G34** insufficienza respiratoria (da inserire come tipologia secondaria)
- ☐ **L01** patologia apparato locomotore post-frattura femore
- ☐ **L02** patologia apparato locomotore post artroprotesi programmate
- ☐ **L03** patologia apparato locomotore altra post-acuzie
- ☐ **L04** patologia apparato locomotore cronico degenerativa
- ☐ **N01** neurologico post-acuto (da 0-12 mesi dall'intervento) lesioni periferiche
- ☐ **N02** neurologico post-acuto (da 0-12 mesi dall'intervento) mieloleso
- ☐ **N03** neurologico post-acuto (da 0-12 mesi dall'intervento) trauma cranico
- ☐ **N05** neurologico post-acuto (da 0-12 mesi dall'intervento) altro
- ☐ **N04** sclerosi multipla, altre sclerosi e distrofie muscolari
- ☐ **N06** neurologico cronico (dopo 12 mesi dall'evento) evolutivo
- ☐ **N07** neurologico cronico (dopo 12 mesi dall'evento) stabilizzato
- ☐ **TNI** tipologia sanitaria non individuata

Presenza di dolore (alla presa in carico) ☐ sì ☐ no

Terapia (per categoria farmaceutica)

Descrizione profilo clinico-assistenziale

Descrizione profilo clinico-assistenziale (segue)

Descrizione PAI

Programma								
RISORSE/RETE	Assistito[4]	Badante	PID	SAD	Famiglia	Volontari	Privati	Nessuno
Igiene personale								
Governo della casa								
Aiuto assunzione farmaci								
Spesa/Pasto								
Altro:								

Note

[4] Se la persona è autonoma

Data e descrizione degli accessi, della tipologia di intervento e del monitoraggio

Data e descrizione degli accessi, della tipologia di intervento e del monitoraggio

Data e descrizione degli accessi, della tipologia di intervento e del monitoraggio

Data e descrizione degli accessi, della tipologia di intervento e del monitoraggio

Chiusura del SID

Data chiusura __ / __ / __ per:

- ☐ guarigione
- ☐ rifiuta assistenza
- ☐ raggiunta autonomia
- ☐ ricovero in CdR
- ☐ decesso
- ☐ altro (specificare)

Si allega SCHEDA DI CHIUSURA del SID ☐ sì ☐ no

Data ___ / ___ / ___ FIRMA _____