

## Centro di cure per la SLA Modulo di richiesta attivazione del servizio

Data \_\_\_\_\_

Struttura e/o medico inviante \_\_\_\_\_

La richiesta è per l'assistenza: a domicilio  in ricovero

### Dati anagrafici del paziente

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso F  M

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

Residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

ASL di appartenenza \_\_\_\_\_ distretto \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

In questo momento il paziente è:  
a domicilio  in ospedale  altro  specificare \_\_\_\_\_

### Dati Caregiver

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Relazione con il paziente (indicare se coniuge, figlio, familiare o altro): \_\_\_\_\_

### Dati clinici

Diagnosi \_\_\_\_\_ Data Diagnosi \_\_\_\_\_

Effettuata dal centro di riferimento \_\_\_\_\_

Tipo di esordio \_\_\_\_\_

spinale  bulbare  non valutabile

Stadio della malattia \_\_\_\_\_

### Aree di bisogno

#### Respirazione

0. Normale

1. Insufficienza restrittiva lieve ( $70\% < CV < 80\%$ )

2. Insufficienza restrittiva con indicazione alla NIV notturna ( $50\% < CV < 70\%$ )

3. NIV con necessità ventilazione notturna e diurna (12-18h)

4. VMI con dipendenza totale dalla ventilazione meccanica (h24)

tipo Ventilatore \_\_\_\_\_

nr. Ventilatori a disposizione \_\_\_\_\_

- Utilizza macchina per la tosse: Sì  No

## Nome e Cognome del paziente:

- Tracheostomia: data ultimo cambio cannula \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
- Recenti episodi infettivi broncopolmonari (<60gg.): Sì  No

### Motricità

0. Normale

1. Difficoltà motorie che non interferiscono con lo stile di vita
2. Difficoltà motorie che interferiscono con lo stile di vita ma non compromettono l'autonomia
3. Difficoltà che compromettono l'autonomia senza necessità di assistenza continuativa
4. Disabilità severa, dipendenza totale con necessità di assistenza continuativa

Ausili a disposizione: \_\_\_\_\_

Ausili già richiesti: \_\_\_\_\_

### Nutrizione

0. Alimentazione naturale

1. Alimentazione che necessita di indicazioni nutrizionali
2. Alimentazione che necessita di supplementazione nutrizionale
3. Alimentazione artificiale: nutrizione enterale  nutrizione artificiale parenterale

PEG: Sì  No  data ultima sostituzione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Pompa nutrizionale in dotazione: Sì  No

### Comunicazione

0. Normale

1. Eloquio disartrico, ma comprensibile
2. Anartria con possibilità di usare comunicatori semplici
3. Anartria con possibilità di usare comunicatori ad alta tecnologia
4. Anartria senza possibilità di usare comunicatori ad alta tecnologia

Effettuata richiesta di comunicatore: Sì  No

Comunicatore già a disposizione: Sì  No  Tipo: \_\_\_\_\_

### Terapia in atto:

	Farmaco e tipologia di somministrazione	Posologia
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Allergie: Sì  No

### Assistenza formale

Il paziente riceve assistenza formale domiciliare dalla Asl? Sì  No

Quanti giorni a settimana? \_\_\_\_\_ quante ore al giorno? \_\_\_\_\_

Il paziente riceve degli assegni erogati dal Comune di Roma per l'assistenza sociale? Sì  No

Gli assegni sono utilizzati per l'assunzione di un assistente familiare? Sì  No

Se sì, per quante ore a settimana è impegnato l'assistente familiare? \_\_\_\_\_

**Nome e Cognome del paziente:**

Gentile Signore/Signora,

La informiamo che è in vigore una legge che tutela i Suoi dati personali con regole precise a tutela della riservatezza e privacy delle informazioni (D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003 - Codice Privacy). **Ai sensi dell'art. 13 del Codice** Le forniamo la presente informativa con richiesta di autorizzazione al trattamento dei Suoi dati anche di natura sensibile.

I dati personali e le informazioni necessarie per la gestione della Sua richiesta sono di natura anagrafica, sanitaria, clinica (compresa la diagnosi e la terapia in corso), socio-sanitaria, socio-economica, familiare, amministrativa e fiscale, recapito telefonico, indirizzo di posta elettronica, dati anagrafici e recapiti telefonici del Care Giver, informazioni circa il tutore, rappresentante legale, curatore e ogni ulteriore informazione necessaria per la gestione della pratica.

I Suoi dati personali saranno trattati per le seguenti finalità in funzione dei servizi richiesti:

- a) gestione dell'iter di richiesta di presa in carico presso la nostra struttura per assistenza sanitaria in regime di ricovero o in assistenza domiciliare;
- b) prestazione di servizi socio sanitari per l'assistenza;
- c) ogni altra finalità amministrativa strettamente connessa e strumentale alla gestione della richiesta;

I Suoi dati sono trattati a garanzia della riservatezza nei modi previsti dalla legge di riferimento e nel rispetto del segreto professionale e d'ufficio. I dati sono trattati in forma cartacea e informatizzata.

Il conferimento dei Suoi dati, anche quelli di natura sensibile, deve essere da Lei liberamente espresso. È nostro dovere informarla che il conferimento dei Suoi dati è indispensabile per la gestione della Sua richiesta di presa in carico presso la nostra struttura.

**Un Suo rifiuto al conferimento dei dati comporta l'impossibilità per la Fondazione di gestire la Sua richiesta, di fornire il servizio richiesto e di completare la pratica amministrativa per la valutazione della richiesta.**

I dati personali sono trattati dal medico di medicina generale e/o dal medico curante, dalla ASL, dall'autorità di pubblica sicurezza nei casi di esplicita richiesta.

Possono inoltre accedere ai Suoi dati personali i soggetti interni e/o esterni alla scrivente in qualità di incaricati e/o responsabili al trattamento dei dati al fine dell'adempimento delle mansioni e dei compiti loro affidati.

Le ricordiamo che i suoi diritti sono stabiliti dall'art. 7 e seguenti del Codice Privacy e potrà esercitarli in ogni momento rivolgendosi alla scrivente.

Titolare del trattamento dei dati personali è Fondazione Sanità e Ricerca con sede in Roma, Via A. Poerio 100. Il Responsabile al trattamento dei dati è il Direttore Sanitario. L'elenco costantemente aggiornato dei Responsabili al trattamento è disponibile presso l'Ufficio Qualità e Privacy.

Il paziente o un Suo familiare (delegato/autorizzato)

**acconsente**  **non acconsente**

al trattamento dei dati personali, anche di natura sensibile, come indicato nell'informativa e alla comunicazione alla ASL Roma 3 per l'attivazione dell'iter assistenziale.

Firma del paziente o di chi autorizzato a farne le veci \_\_\_\_\_

**Firma dell'inviante:**

**Firma del paziente o di chi autorizzato a farne le veci:**

**Spazio riservato all'Unità Valutativa Multidimensionale della ASL Roma 3**

Paziente idoneo all'assistenza presso il Centro di Cure Palliative di Fondazione Sanità e Ricerca: **Sì**  **No**

**Note aggiuntive:**

**Firma e Timbro** \_\_\_\_\_