

DISTRETTO S.S. DI LUCERA

AI SINDACI DEI COMUNI DEL
DISTRETTO S.S. DI LUCERA

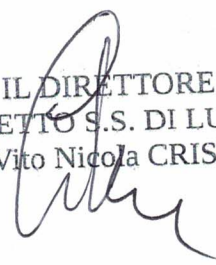
e per il loro tramite
AGLI ASSISTENTI SOCIALI
LORO SEDI

Oggetto: Assistenza Domiciliare Integrata.

Gentilissimi, al fine di ottimizzare il Servizio di Assistenza Domiciliare, vi trasmetto in allegato il modello di richiesta di Accesso ai Servizi Socio-sanitari da indirizzare, dopo averlo compilato, al Direttore del Distretto S.S. di Lucera al seguente indirizzo di posta elettronica:
pua.lucera@aslfg.it

I referenti dei pazienti saranno poi contattati telefonicamente dalla PUA per le ulteriori comunicazioni, evitando così viaggi inutili verso Lucera.
Certo di una Vs. fattiva collaborazione, vi porgo cordiali saluti.

IL DIRETTORE
DISTRETTO S.S. DI LUCERA
(Dott. Vito Nicola CRISTIANO)





ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI

**- AL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO
N. 58 LUCERA**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____ C.F. _____
Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

In qualità di

➔ Beneficiario

➔ Familiare, MMG, PLS, Assistente sociale, altra persona titolata del beneficiario.

Cognome _____ Nome _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____ C.F. _____
Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

CHIEDE

di essere inserito/a in: (barrare le voci che interessano)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) | <input type="checkbox"/> Struttura "RSSA" |
| <input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare Sociale | <input type="checkbox"/> Struttura "RSA" |
| <input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare Sanitaria | <input type="checkbox"/> Centro Diurno |
| <input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare Salute Mentale | <input type="checkbox"/> Casa di Riposo |
| <input type="checkbox"/> Casa Alloggio | <input type="checkbox"/> Ospedale di Comunità |

ALLEGA:

Scheda S.V.A.M.A sociale

Eventuale certificazione medico-specialistica (documentazione sanitaria dimissione ospedaliera, certificazione visita specialistica)

DATA _____

FIRMA _____

Il/la sig./sig.ra _____ dichiara di aver preso visione dell'informativa riguardante il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 D.lgs n. 196/2003 e smi.

DATA _____

FIRMA _____

Data valutazione ___/___/___

Cognome _____ Nome _____

CONSENSO INFORMATO/CONTRATTO

Il Servizio di Cure Domiciliari si impegna a fornire:

-l'assistenza sanitaria con operatori interscambiabili secondo la necessità del servizio.

-l'attuazione del Piano Assistenza Individuale (PAI) con le prestazioni concordate ed autorizzate, avviene secondo orari concordati con la famiglia, ma compatibilmente con il lavoro che il personale ha già programmato.

Nel PAI concordato è prevista l'erogazione di :

- Assistenza Infermieristica
- Assistenza Fisioterapica
- Assistenza OSS
- La fornitura del materia sanitario da parte della Farmacia Ospedaliera

L'utente ed i parenti si impegnano a :

- garantire la presenza a domicilio nei tempi e modi concordati
- garantire la collaborazione con gli operatori durante il percorso assistenziale
- comunicare tempestivamente al Coordinamento Infermieristico del Servizio Cure Domiciliari eventuali sospensioni per ricovero, trasferimento presso altra sede , etc. ed il conseguente rientro per la riattivazione.
- garantire la corretta conservazione di tutta la documentazione clinica fino alla dimissione
- non usufruire della documentazione clinica senza la regolare richiesta ed autorizzazione del Distretto
- non usufruire di prestazioni sanitarie erogate da parte di altri enti pubblici, privati o privati convenzionati se queste interferiscono con i piani assistenziali fino alla dimissione

Ai sensi della normativa vigente per la tutela della privacy e autorizzazione al trattamento dei dati personali , sottoscrivo il presente modulo e con ciò espressamente autorizzo il Distretto di **LUCERA e la ASL Foggia** :

- al trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili, esclusivamente per la necessità di Servizio e per fini di statistica e ricerca, anche tramite l'utilizzo di un dossier socio-sanitario informatizzato
- all'acquisizione di immagini di documenti sanitari per le necessità di Servizio
- all'acquisizione di immagini personali relative anche a lesioni cutanee di qualsiasi natura, per le necessità di Servizio da utilizzare esclusivamente per gli scopi consentiti dalla legge vigente
- a visualizzare la documentazione relativa a precedenti ricoveri e/o presa in carico presso Servizi della ASL FG
- a trasmettere i dati relativi a ricoveri/presa in carico al Fascicolo Sanitario Elettronico

Firma Infermiere Valutatore

Firma utente o familiare delegato

La persona da me delegata, della cui identità sono certo/a, che deve avere accesso a tutte le informazioni relative al mio stato di salute è il il/la sig./ra:

Cognome _____ Nome _____