



INFORMATIVA UTENTI

Il Progetto Alzheimer, totalmente a carico del SSR, attivato dalla ASL RM 5 in collaborazione con l'Italian Hospital Group (IHG) prevede i seguenti Servizi: N.R.A., C.D.A. ed A.D.A.

Per accedere alla valutazione per l'inserimento nelle liste d'attesa dei Servizi occorre:

Nuclei di Ricovero Alzheimer (N.R.A.)

presentare domanda su apposito modulo allegando:

- **certificato Centro U.V.A. oppure certificato specialistico, con diagnosi di demenza.**

Centro Diurno Alzheimer (C.D.A.)

presentare domanda su apposito modulo allegando:

- **certificato con diagnosi di Malattia di Alzheimer** effettuato presso un'Unità di Valutazione Alzheimer (Centro U.V.A.).

Assistenza Domiciliare Alzheimer (A.D.A.), solo per i residenti della ASL RM G

presentare domanda su apposito modulo al CAD di appartenenza allegando:

- **certificato con diagnosi di Malattia di Alzheimer** effettuato presso un'Unità di Valutazione Alzheimer (Centro U.V.A.).

Le domande per accedere ai servizi Alzheimer si inviano solo tramite mail a

unitalzheimer@aslromag.it

N.B. Solo per l'A.D.A. la domanda va presentata al proprio CAD di appartenenza

Le informazioni possono essere richieste a:

<u>I.H.G. / Servizio Alzheimer</u> Tel. 0774.386.351 / 3 da lunedì a venerdì 9.00-13.00 e 14.00-18.00 Sabato 9.00-13.00	<u>ASL RM 5</u> Tel. 06 90075955
---	--

oppure consultare i siti

www.italianhospitalgroup.it
Centro demenze – Unità Alzheimer

www.aslromag.it
(sezione Alzheimer)



Centro Demenze - Unità Alzheimer

Il sottoscritto nato a il
domiciliato in via
residente a via
Medico di base telefono ASL

chiede

di essere valutato per un eventuale programma curativo riabilitativo-assistenziale, ove possibile e praticabile, che verrà effettuato dal Centro Demenze - Unità Alzheimer della IHG e

delega

il Sig. nato a il

(grado di parentela.....) specificare se: caregiver rappresentante legale

Tel Cell

ad espletare ogni atto necessario e conseguenziale, ivi compreso il ritiro e la consegna di documentazione, liberando la vostra amministrazione da ogni responsabilità.

Si allega la seguente documentazione sanitaria: certificato UVA , certificato specialistico , altro.....

e si richiede:

Ricovero ordinario

Ricovero di sollievo

Assistenza Domiciliare Alzheimer

Frequenza presso Centro Diurno Alzheimer

Si esprime il consenso alla divulgazione, per fini istituzionali, dei propri dati personali

Firma caregiver/rappresentante legale.....

Firma delegante.....

Data

Documenti da allegare: certificato recente (non superiore ai tre mesi) della Unità Valutativa Alzheimer dove è seguito il paziente, in cui sia precisata la diagnosi, il punteggio del MMSE, IADL e ADL e la motivazione dell'inserimento nel servizio richiesto (per il ricovero è sufficiente anche un certificato specialistico).

Sezione da compilare a cura del Medico di Medicina Generale

ASSISTITO (cognome e nome) _____

Diagnosi che giustifica la richiesta: _____

Motivi della richiesta:

far riacquistare abilità funzionali perdute; migliorare le autonomie presenti;
ridurre i disturbi del comportamento; stimolare funzioni cognitive e abilità residue;
stabilizzare patologie comorbide; ridurre lo stress del caregiver e formarlo per l'assistenza del proprio caro.

Altro: _____

Stato di coscienza: vigile obnubilato confuso Condizioni generali: buone discrete scadenti

Gravità della demenza: Lieve (MMSE=21-26); Moderata (MMSE=11-20); Grave (MMSE= <10).

Disturbi del comportamento: NO SI (se sì, indicare quali tra quelli di seguito elencati)

Depressione Ansia Apatia Euforia Disinibizione Irritabilità Irrequietezza motoria

Allucinazioni Deliri Disturbi del sonno Disturbi dell'appetito Disturbi della sfera sessuale

Alimentazione per OS Enterale (SNG/PEG) Parenterale.

Respirazione cupnoico O2 terapia Tracheotomia NO SI

Continenza vescica: NO SI Catetere: NO SI Continenza alvo: NO SI

Trofismo cutaneo (descrivere sede, estensione e profondità delle eventuali piaghe da decubito):

Disturbi Vista e udito: _____

Stazione eretta NO SI senza sostegno SI con un sostegno SI con doppio sostegno

Deambulazione NO SI senza sostegno SI con un sostegno SI con doppio sostegno

Alimentarsi NO SI Lavarsi NO SI Estirsi NO SI Uso del W.C. NO SI

Altre Patologie in atto: _____

Terapie farmacologiche in atto: _____

Certifico infine che il mio assistito non ha patologie infettive e parassitarie a carattere diffusivo in atto.

Data: _____

Medico Medicina Generale
(timbro e firma)

RISERVATO ALLA UNITA' VALUTATIVA CONGIUNTA

PARERE: _____

