ALLEGATO 2: checklist per profili

SCHEDA RACCOLTA INFORMAZIONI NEI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE - INFERMIERI

Codice infermiere:	
Ente gestore (cooperativa):	Città di svolgimento del servizio:
DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' MOVIMENTAZIONE PAZIENTI (MMP)	
Giorno della settimana: ☐ LUN ☐ MAR ☐ MER ☐ GIO ☐ VEN ☐ SAB ☐ DOM	Data:
Orario complessivo di lavoro effettuato nella giornata (in minuti):	

CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI - Nota 1: focalizzarsi sulle movimentazioni da effettuare (a prescindere dal piano di assistenza, ad es. paziente psichiatrico autosufficiente che deve essere aiutato ad alzarsi da sedia è da sollevare parzialmente); Nota 2: se si effettua il giro pasti ovvero la distribuzione di pasti, oppure attività amministrativa, utilizzare l'apposito spazio per indicare i minuti dedicati.

TIPO DI PAZIENTE (selezionare una sola tipologia)	1°PZ	2°PZ	3°PZ	4°PZ	5°PZ	6°PZ	7°PZ	8°PZ	9°PZ	10°PZ
Tempo intervento (minuti effettivi, esclusi trasferimenti)										
Paziente DA SOLLEVARE COMPLETAMENTE (NC)										
Paziente DA SOLLEVARE PARZIALMENTE (PC)										
Paziente autosufficiente o DA NON SOLLEVARE (A)										
Giro-pasti o attività amministrativa (riportare i minuti)										
Peso paziente (kg)										
Attività effettuata in coppia con Infermiere (SI-NO)										
Attività effettuata in coppia con badante o parente (SI-NO)										
DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' EFFETTUATE										
	1°PZ	2°PZ	3°PZ	4°PZ	5°PZ	6°PZ	7°PZ	8°PZ	9°PZ	10°PZ
Prelievo (SI – NO)										
Tampone COVID (SI – NO)										
Infusione endovenosa (SI – NO)										
Medicazione (SI – NO)										
Gestione stomia (vescicale/intestinale) (SI – NO)										
Cateterismo vescicale (SI – NO)										
Monitoraggio parametri vitali (SI – NO)										
ALTRO:_____										
DESCRIZIONE ATTIVITA' AL LETTO / SEDIA POLTRONA / ALTRE ATTIVITA'										
Tempo dedicato ad attività al letto (min)										
Letto singolo regolabile in altezza di tutto il piano letto (SI-NO)										
Se non regolabile in altezza, riportare altezza										
Letto con manovelle per testiera e pediera (SI-NO)										
Letto matrimoniale regolabile in altezza (SI-NO)										
Se non regolabile in altezza, riportare altezza										
Tempo dedicato ad attività in sedia/poltrona (min)										
Altezza piano seduta sedia/poltrona (cm)										
Tempo dedicato a fasciatura arto inferiore (min)										
Tempo dedicato ad altre attività (min)										
DESCRIZIONE DEI COMPITI DI MOVIMENTAZIONE (inserire per ogni tipo il numero di movimentazioni effettuate)										
Sollevamento verso il cuscino manuale										
Sollevamento verso il cuscino ausiliato										
Rotazioni nel letto										
Sollevamento tronco manuale										
Sollevamento tronco tramite manovella										
Passaggio posturale supino-seduto bordo letto o vv										
Letto / carrozzina o viceversa (vv) manuale										
Letto / carrozzina o viceversa con sollevatore										
Sollevamento da seduto a in piedi o viceversa (vv)										
Sollevamento da seduto a in piedi con ausili										
Sollevamento da poltrona a stazione eretta										
Riposizionamento in carrozzina										

Carrozzina / wc o viceversa										

AUSILI – ATTREZZATURE FORNITE										
	1°PZ	2°PZ	3°PZ	4°PZ	5°PZ	6°PZ	7°PZ	8°PZ	9°PZ	10°PZ
Sollevatore a imbragatura										
Sollevatore verticalizzatore										
Teli alto scorrimento										
Sedia-doccia regolabile in altezza										
Letto (elettrico 2 o 3 snodi – spondine)										
Poltrona alzabile elettricamente										
Carrozzina										

Note:

Tempo di trasferimento tra un pz e l'altro	1° - 2°	2° -3°	3°-- 4°	4° - 5°	5°--6°	6°- 7°	7° -- 8°	8° --9°	9° --10°

ALLEGATO 2: checklist per profili

SCHEDA RACCOLTA INFORMAZIONI NEI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE - FKT

Codice fisioterapista:	
Ente gestore (cooperativa):	Città di svolgimento del servizio:

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' MOVIMENTAZIONE PAZIENTI (MMP)

Giorno della settimana: ☐ LUN ☐ MAR ☐ MER ☐ GIO ☐ VEN ☐ SAB ☐ DOM	Data:
Orario complessivo di lavoro effettuato nella giornata (in minuti):	

CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI - Nota 1: focalizzarsi sulle movimentazioni da effettuare a prescindere dal piano di riabilitazione, ad es. paziente psichiatrico autosufficiente che deve essere aiutato per sedersi sul wc è da sollevare parzialmente; Nota 2: se si effettua il giro pasti ovvero la distribuzione di pasti, oppure attività amministrativa, utilizzare l'apposito spazio per indicare i minuti dedicati.

TIPO DI PAZIENTE (selezionare una sola tipologia)	1°PZ	2°PZ	3°PZ	4°PZ	5°PZ	6°PZ	7°PZ	8°PZ	9°PZ	10°PZ
Tempo intervento (minuti effettivi, esclusi trasferimenti)										
Paziente DA SOLLEVARE COMPLETAMENTE (NC)										
Paziente che si aiuta – DA SOLLEVARE PARZIALMENTE (PC)										
Paziente autosufficiente o DA NON SOLLEVARE (A)										
Giro-pasti o attività amministrativa (riportare i minuti)										
Peso paziente (kg)										
Attività effettuata in coppia con FKT (SI-NO)										
Attività effettuata in coppia con badante o parente (SI-NO)										

DESCRIZIONE ATTIVITA' AL LETTO/ BAGNO / ALTRE ATTIVITA'

	1°PZ	2°PZ	3°PZ	4°PZ	5°PZ	6°PZ	7°PZ	8°PZ	9°PZ	10°PZ
Tempo dedicato ad attività al letto (min)										
Letto singolo regolabile in altezza di tutto il piano letto (SI-NO)										
Se non regolabile in altezza riportare altezza										
Letto con manovelle per testiera e pediera (SI-NO)										
Letto matrimoniale regolabile in altezza (SI-NO)										
Se non regolabile in altezza, riportare altezza										
Tempo dedicato a monitoraggio pz in bagno (min)										
Altezza WC (se utilizzato durante monitoraggio)										
Altezza sedia doccia (se utilizzata durante monitoraggio)										
Tempo dedicato ad altre attività o ad attività in altri luoghi (min)										

DESCRIZIONE DEI COMPITI DI MOVIMENTAZIONE (inserire per ogni tipo il numero di movimentazioni effettuate)

Sollevamento verso il cuscino manuale										
Sollevamento verso il cuscino ausiliato										
Rotazioni nel letto										
Sollevamento tronco manuale										
Sollevamento tronco tramite manovella										
Passaggio posturale supino-seduto bordo letto o vv										
Letto / carrozzina o viceversa (vv) manuale										
Letto / carrozzina o viceversa con sollevatore										
Sollevamento da seduto a in piedi o viceversa (vv)										
Sollevamento da seduto a in piedi con ausili										
Sollevamento da poltrona a stazione eretta										
Riposizionamento in carrozzina										
Carrozzina / wc o viceversa										
Training deambulatorio (SI-NO)										

ALLEGATO 2: checklist per profili

AUSILI – ATTREZZATURE FORNITE										
	1°PZ	2°PZ	3°PZ	4°PZ	5°PZ	6°PZ	7°PZ	8°PZ	9°PZ	10°PZ
Sollevatore a imbragatura										
Sollevatore verticalizzatore										
Teli alto scorrimento										
Sedia-doccia regolabile in altezza										
Letto (elettrico 2 o 3 snodi – spondine)										
Poltrona alzabile elettricamente										
Carrozzina										

Note:

Tempo di trasferimento tra un pz e l'altro	1° - 2°	2° -3°	3°-- 4°	4° - 5°	5°--6°	6°- 7°	7° -- 8°	8° --9°	9° --10°

ALLEGATO 2: checklist per profili

SCHEDA RACCOLTA INFORMAZIONI NEI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE - OSS

Codice OSS:	
Ente gestore (cooperativa):	Città di svolgimento del servizio:

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' MOVIMENTAZIONE PAZIENTI (MMP)

Giorno della settimana: ☐ LUN ☐ MAR ☐ MER ☐ GIO ☐ VEN ☐ SAB ☐ DOM	Data:
Orario complessivo di lavoro effettuato nella giornata (in minuti):	

CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI - Nota 1: focalizzarsi sulle movimentazioni da effettuare (a prescindere dal piano di assistenza, ad es. paziente psichiatrico autosufficiente che deve essere aiutato ad entrare in vasca per il bagno è da sollevare parzialmente); Nota 2: se si effettua il giro pasti ovvero la distribuzione di pasti, oppure attività amministrativa, utilizzare l'apposito spazio per indicare i minuti dedicati.

TIPO DI PAZIENTE (selezionare una sola tipologia)	1°PZ	2°PZ	3°PZ	4°PZ	5°PZ	6°PZ	7°PZ	8°PZ	9°PZ	10°PZ
Tempo intervento (minuti effettivi, esclusi trasferimenti)										
Paziente DA SOLLEVARE COMPLETAMENTE (NC)										
Paziente che si aiuta – DA SOLLEVARE PARZIALMENTE (PC)										
Paziente autosufficiente o DA NON SOLLEVARE (A)										
Giro-pasti o attività amministrativa (riportare i minuti)										
Peso paziente (kg)										
Attività effettuata in coppia con OSS (SI-NO)										
Attività effettuata in coppia con badante o parente (SI-NO)										

DESCRIZIONE ATTIVITA' AL LETTO

	1°PZ	2°PZ	3°PZ	4°PZ	5°PZ	6°PZ	7°PZ	8°PZ	9°PZ	10°PZ
Attività effettuata al letto (SI/NO)										
Tempo dedicato ad attività al letto (min)										
Letto singolo regolabile in altezza di tutto il piano-letto (SI-NO)										
Se non regolabile in altezza, riportare altezza										
Letto con manovelle per testiera e pediera (SI-NO)										
Letto matrimoniale regolabile in altezza (SI-NO)										
Se non regolabile in altezza, riportare altezza										
DESCRIZIONE DEI COMPITI DI MOVIMENTAZIONE (inserire per ogni tipo **il numero di movimentazioni** effettuate)										
Sollevamento verso il cuscino manuale										
Sollevamento verso il cuscino ausiliato										
Rotazioni nel letto										
Sollevamento tronco manuale										
Sollevamento tronco tramite manovella										
Letto / carrozzina o viceversa (vv) manuale										
Letto / carrozzina o viceversa con sollevatore										
Sollevamento da seduto a in piedi o viceversa (vv)										
Sollevamento da seduto a in piedi con ausili										
Riposizionamento in carrozzina										

DESCRIZIONE ATTIVITA' IN BAGNO

	1°PZ	2°PZ	3°PZ	4°PZ	5°PZ	6°PZ	7°PZ	8°PZ	9°PZ	10°PZ
Attività effettuata in bagno (SI/NO)										
Tempo dedicato ad attività di igiene in bagno (min)										
Tempo dedicato a monitoraggio/controllo igiene effettuata dal pz in piedi (min)										
Tempo igiene effettuata in bagno su vasca fissa (min)										
Tempo igiene effettuata in bagno su wc (min)										
Riportare altezza wc										
Tempo Igiene effettuata su sedia-doccia (min)										

ALLEGATO 2: checklist per profili

Sedia-doccia fissa in altezza (SI-NO)										
Riportare altezza sedia-doccia fissa										
Vasca fissa e spazi ristretti (SI-NO)										
Maniglioni removibili (SI-NO)										
DESCRIZIONE DEI COMPITI DI MOVIMENTAZIONE (inserire per ogni tipo **il numero di movimentazioni** effettuate)										
Carrozzina/wc o viceversa										
Sollevamento da seduto a in piedi o viceversa										
Sollevamento da seduto a in piedi con ausili										
DESCRIZIONE ALTRE ATTIVITA'										
	1°PZ	2°PZ	3°PZ	4°PZ	5°PZ	6°PZ	7°PZ	8°PZ	9°PZ	10°PZ
Tempo dedicato a riordino ambienti, rifacimento letto (min)										
Tempo dedicato a monitoraggio pz per farmaci – solo controllo – spesa etc. (min)										

AUSILI – ATTREZZATURE FORNITE										
	1°PZ	2°PZ	3°PZ	4°PZ	5°PZ	6°PZ	7°PZ	8°PZ	9°PZ	10°PZ
Sollevatore a imbragatura										
Sollevatore verticalizzatore										
Teli alto scorrimento										
Sedia-doccia regolabile elettricamente in altezza										
Letto (elettrico 2 o 3 snodi – spondine)										
Carrozzina										

Note:

Tempo di trasferimento tra un pz e l'altro	1° - 2°	2° -3°	3°-- 4°	4° - 5°	5°--6°	6°- 7°	7° -- 8°	8° --9°	9° --10°