

Originariamente elaborato da:



tradotto con il permesso degli autori da:



Piano di Cura d'Emergenza

Questo libretto offre le indicazioni necessarie ai caregiver famigliari riguardo a chi contattare per avere supporto in questo momento emergenziale, nel caso in cui il caregiver familiare primario sia impossibilitato a fornire le cure.



PIANO DI CURA D'EMERGENZA PER:

Inserisci qui il nome della persona che necessita di cure

Richiesto da

Nome del caregiver primario

Data

INFORMAZIONI PERSONALI DELLA PERSONA CHE NECESSITA DI CURE

Nome e Cognome:

Indirizzo:

CAP:

Numero di telefono:

Email:

Data di nascita:

Nome del medico curante:

Indirizzo del medico curante:

Numero di telefono del medico curante:

CHE TIPOLOGIA DI DIFFICOLTÀ/DISABILITÀ HA LA PERSONA CHE ASSISTI?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Artrite | <input type="checkbox"/> Disturbo di spettro autistico | <input type="checkbox"/> Cancro |
| <input type="checkbox"/> Paralisi cerebrale | <input type="checkbox"/> Demenza/Alzheimer | <input type="checkbox"/> Disturbo comportamentale |
| <input type="checkbox"/> Disturbi mentali | <input type="checkbox"/> Disabilità intellettive | <input type="checkbox"/> Diabete |
| <input type="checkbox"/> Epilessia | <input type="checkbox"/> Perdita di udito | <input type="checkbox"/> Perdita della vista |
| <input type="checkbox"/> Disturbi cardiaci | <input type="checkbox"/> Idrocefalia | <input type="checkbox"/> Spina bifida |
| <input type="checkbox"/> Sclerosi multipla | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Disabilità fisica |
| <input type="checkbox"/> Ictus | <input type="checkbox"/> Abuso di sostanze | <input type="checkbox"/> Sotto cure palliative |
| <input type="checkbox"/> Altro (specifica) | | |

Dove sono tenute, in casa, le medicine della persona?

La persona ha bisogno di supporto per prendere le proprie medicine? Sì No

Se sì, di che tipo di supporto necessita?

Nome della Farmacia di riferimento:

Numero di telefono della Farmacia di riferimento:

LA PERSONA CHE ASSISTI RICEVE QUALCHE TIPO DI SERVIZIO DI CURA O SUPPORTO?

SE SÌ:

Principale figura¹ di riferimento:

Giorni di servizio (se definiti):

Nome dell'operatore:

Numero di telefono dell'operatore:

Nome del servizio:

Numero di telefono del servizio:

ASSISTENZA FAMILIARE DOMICILIARE (SE NE USUFRUISCE):

Nome del servizio:

Nome dell'operatore

Numero di telefono dell'operatore

¹Ad esempio Infermieri, Operatori Socio Sanitari, Psicologi, Assistenti Sociali ecc.

ALTRE QUESTIONI CHE POSSONO IMPATTARE SUL BENESSERE E SULLA SALUTE DELLA PERSONA:

La persona ha allergie? Sì No

Se sì, per favore indica una lista delle allergie e se il paziente assume antiallergici

La persona ha specifici comportamenti di cui è necessario avere conoscenza?

La persona ha bisogno di assistenza per mangiare e bere? Sì No

La persona ha PEG o un'intubazione nasogastrica o necessita di alimentazione tramite liquidi? Sì No

Se sì, dove sono conservati i relativi prodotti e dove è possibile reperirli?

La persona usa dei prodotti di continenza? Sì No

Se sì, indica il tipo di prodotti di continenza necessari e chi li fornisce.

La persona richiede l'uso di un ausilio per la mobilità, ad es. tripode, sedia a rotelle, bastone da passeggio, ecc.?

Sì No

Se sì indicare quali

La persona ha problemi sensoriali? Sì No

Se sì, descrivi quali.

CONTATTI D'EMERGENZA

SE C'È UN'EMERGENZA E NON SEI PIÙ IN GRADO DI FORNIRE CURA, HAI UN FAMILIARE O UN AMICO CHE SAREBBE IN GRADO DI FORNIRE L'ASSISTENZA CHE LEI ATTUALMENTE FORNISCE ALLA PERSONA? SÌ NO

Nome e Cognome:

Indirizzo:

CAP:

Numero di telefono:

Che tipo di relazione ha con te?

Che tipo di relazione ha con il congiunto di cui ti prendi cura?

Questa persona ha una chiave della casa del congiunto di cui ti prendi cura? Sì No

ALTRO CONTATTO DI EMERGENZA

Che tipo di relazione ha con te?

Che tipo di relazione ha con il congiunto di cui ti prendi cura?

Questa persona ha una chiave della casa del congiunto di cui ti prendi cura? Sì No

HAI PARLATO DI QUESTO PIANO CON I TUOI CONTATTI E ACCETTANO DI ESSERE UN CONTATTATO DI EMERGENZA NEL CASO IN CUI TU NON SIA IN GRADO DI FORNIRE ASSISTENZA? SÌ NO

ALTRE INFORMAZIONI

UTILIZZA QUESTO SPAZIO PER INSERIRE ALTRE INFORMAZIONI CHE UNA PERSONA DOVREBBE SAPERE SE FOSSE NECESSARIO FORNIRE ASSISTENZA AL TUO CARO IN CASO DI EMERGENZA.

E ORA?

- **Parla del piano con la persona di cui ti prendi cura**
- **Parla del piano con i contatti di emergenza indicati in questo documento.**
- **Parla del piano con altri familiari, operatori sanitari e persone di tua fiducia.**
- **Fornisci alle persone una copia del piano o fai sapere loro dove possono trovarlo.**
- **Assicurati che le informazioni siano aggiornate regolarmente.**
- **Assicurati di avere abbastanza farmaci per la persona per un mese, ma non accumulare farmaci poiché altri che ne hanno bisogno potrebbero non averne accesso.**
- **In caso di emergenza, chiama il 118.**
- **Cerca di rilassarti sapendo che hai un piano di emergenza.**

Questo documento è stato sviluppato da Family Carers Ireland e tradotto da Anziani e non Solo Soc. Coop. in risposta allo scoppio dell'epidemia Covid-19, ma può essere utilizzato per qualsiasi altro tipo di emergenza. Se desideri condividere la tua esperienza con il completamento di questo documento o l'utilizzo di questo piano, ci piacerebbe ricevere tue notizie. Se ci sono ulteriori informazioni che vorresti vedere incluse nelle versioni future, ti preghiamo di contattarci via e-mail all'indirizzo: info@anzianienonsolo.it

Anziani e non Solo è una società cooperativa sociale che opera dal 2004 nel settore dell'innovazione sociale con specifico riferimento alla progettazione e realizzazione di interventi, prodotti e servizi nel campo del welfare assistenziale e per l'inclusione sociale.

Se vuoi iscriverti alla nostra newsletter per essere aggiornato su tutte le novità e i progetti a cui stiamo lavorando, iscriviti al sito <https://www.anzianienonsolo.it/newsletter/>

