

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 figura<sup>1</sup> 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

---

---

<sup>1</sup>Ad 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](mailto: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/>

