

IN CASO DI EMERGENZA

Documento dei familiari curanti

Da aggiornare regolarmente e da conservare in ogni momento

Se hai un buon documento di emergenza, aggiornato regolarmente, altre persone potranno facilmente continuare ad aiutare il tuo caro se tu non puoi farlo all'improvviso. Avranno tutte le informazioni necessarie subito. Questo ti rassicura e rende le cose più sicure per la persona di cui ti prendi cura.

Può succedere che, senza preavviso, tu non possa più aiutare il tuo caro, temporaneamente o per un periodo più lungo. Il documento deve quindi contenere tutte le informazioni importanti per permettere ad altri di prendere il tuo ruolo senza problemi..

Consigli pratici

- Prepara questo documento quando tutto va bene. Se possibile, fai in modo che la persona di cui ti prendi cura sia coinvolta e concordi con lei il contenuto del documento. Se necessario, chiedi aiuto a un professionista.
- Salva il documento sul tuo computer o sul tuo telefono. In questo modo potrai modificarlo facilmente o inviarlo via e-mail. Stampa diverse copie e conservane una in un luogo facilmente accessibile.
- Consegna il documento a tutte le persone che potrebbero aiutarti in caso di emergenza: contatti di emergenza, familiari, amici, ecc.
- Non dimenticare di consegnarlo anche ai medici e ai professionisti sanitari che seguono la persona di cui ti prendi cura.
- Ricorda di aggiornare il documento regolarmente, soprattutto se la situazione medica o i contatti cambiano. Puoi modificare il file sul computer o aggiungere una pagina con le modifiche. Annota la data di ogni aggiornamento e consegna la versione aggiornata a tutte le persone coinvolte.
- Ricorda che le informazioni mediche personali sono soggette alla protezione dei dati.

Contenuto

1. Informazioni sulla persona di cui mi occupo (da spuntare)	3
2. Contatti di emergenza	3
3. Rete di assistenza, medico di famiglia	4
4. Cassa malati	5
5. Informazioni mediche sulla persona assistita.....	5
6. Bisogni di cura e di assistenza	6
7. Disposizioni esistenti	7

1. Informazioni sulla persona di cui mi occupo (da spuntare)

- ☐ Vive da solo/a
- ☐ Vive da solo/a ma visita un istituto durante il giorno
- ☐ Vive con me
- ☐ Vive in un istituto in modo permanente

Nome e cognome

Data di nascita

Indirizzo personale / dell'istituto diurno

Indirizzo dell'istituzione medico-sociale

Telefono

Lingua parlata

Lei ha un udito debole (sì / no)

Soffre di demenza o altri disturbi cognitivi

2. Contatti di emergenza

I miei dati di contatto

La relazione con la persona di cui mi prendo cura/che aiuto regolarmente (coniuge, genitore, ecc.)

Indirizzo

Telefono diretto

Indirizzo e-mail

Il mio sostituto/a No. 1

La relazione con la persona di cui si prende cura (coniuge, genitore, ecc.)

Il suo indirizzo

Il suo telefono diretto

Il suo indirizzo e-mail

Il mio sostituto/a No. 2

La relazione con la persona di cui si prende cura
(coniuge, genitore, ecc.)

Il suo indirizzo

Il suo telefono diretto

Il suo indirizzo e-mail

Se mi succede qualcosa

Vorrei che i miei sostituti in caso di emergenza facessero o sapessero le seguenti cose. Questo punto riguarda alcuni dettagli organizzativi, per esempio dove è nascosta la chiave, il codice del cofanetto, il mandato della banca, i beni preziosi da mettere al sicuro, gli animali da nutrire, ecc..

--

3. Rete di assistenza, medico di famiglia

1. Famiglia / Amici / Vicini (nome e cognome) :

Telefono diretto :

Indirizzo e-mail :

2. Famiglia / Amici / Vicini (nome e cognome):

Telefono diretto :

Indirizzo e-mail :

Professionista di riferimento (medico di famiglia):

Telefono diretto :

Indirizzo e-mail :

Indirizzo :

Cura a domicilio / Farmacia:

Telefono diretto :

Indirizzo e-mail :

4. Cassa malati

Nome della cassa :

Numero di assicurato/a :

Telefono :

Indirizzo e-mail :

5. Informazioni mediche sulla persona assistita

(Se la persona che state aiutando vive in una istituzione, non è necessario compilare questa sezione).

Malattie e trattamenti

--

Allergie a medicinali o a prodotti per la cura medica

--

Elenco dei medicinali

Nome del medicinale	Dosaggio / Orario di somministrazione	Altre informazioni

6. Bisogni di cura e di assistenza

La persona di cui mi occupo ha bisogno dei seguenti tipi di supporto:

- | | |
|--|---|
| ☐ Assistenza a tempo pieno | ☐ Aiuto per l'igiene personale |
| ☐ Visite regolari | ☐ Aiuto per andare in bagno |
| ☐ Camminate all'aperto | ☐ Pianificazione dei farmaci |
| ☐ Lettura di lettere e giornali | ☐ Assunzione dei farmaci |
| ☐ Assistenza medica professionale | ☐ Supporto psicologico |
| ☐ Servizio pasti a domicilio | ☐ Altro : <input type="text"/> |
| ☐ Aiuto per alzarsi e vestirsi | ☐ Altro : <input type="text"/> |
| ☐ Aiuto per mangiare | |

La vostra routine di aiuto

In poche parole, qual è la sua routine abituale durante il giorno quando fornisce il suo aiuto ?

Alimentazione, comunicazione

Il suo caro ha un particolare gusto o non ama affatto alcuni cibi o bevande?

Ha qualche allergia alimentare?

In caso di errore, qual è il comportamento adeguato da adottare e quali sono le strategie che aiutano a calmare il vostro caro ?

Se il vostro caro soffre di disturbi cognitivi o di demenza, cosa funziona bene per comunicare con lui o con lei ?

7. Disposizioni esistenti

Indica cosa ha già pianificato la persona che stai aiutando (come la nomina di un rappresentante terapeutico, direttive anticipate o un testamento) e dove si trovano questi documenti. Potrebbe essere il momento giusto per rivederli e aggiornarli se necessario.

Rappresentante terapeutico

- ☐ Sì Data dell'ultima modifica
- ☐ No
- ☐ No lo so

Dove si può trovare questo documento ?

Direttive anticipate

- ☐ Sì Data dell'ultima modifica
- ☐ No
- ☐ No lo so

Dove si può trovare questo documento ?

Testamento / Ultime volontà

- ☐ Sì Data dell'ultima modifica
- ☐ No
- ☐ No lo so

Dove si può trovare questo documento ?