

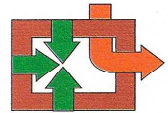


A.I.STOM.

*Associazione Italiana Stomizzati*

ONLUS - D.P.R. 15.1.87 (in G.U. n. 58 del 10.3.88)

MEMBRO ASSOCIATO DELLA IOA  
INTERNATIONAL OSTOMY ASSOCIATION



ADDEBITO - COMPONLUS - FAVO

## MODULO PER AFFILIAZIONE

CITTA' ..... PROV. .... CAP .....

ISTITUZIONE RICHIEDENTE L'AFFILIAZIONE ALL'A.I.STOM. DI UN **CENTRO**

**DI RIABILITAZIONE PER ENTERO ED UROSTOMIZZATI PRESSO L'ISTITUTO**

.....

O DIVISIONE CHIRURGICA/UROLOGICA .....

INDIRIZZO .....

TELEFONO ..... FAX: .....

EVENTUALE SITO INTERNET DELLA STRUTTURA .....

E-mail: .....

DIRETTORE .....

MEDICO RESPONSABILE DEL FUTURO CENTRO .....

.....

MEDICI ADDETTI AL CENTRO (PRECISANDO LE QUALIFICHE E LA SPECIALITA')

.....

.....

.....

ASSISTENTI MEDICI VOLONTARI .....

.....

.....

.....

**ENTEROSTOMISTI IN POSSESSO DI CERTIFICATO DI COMPETENZA:**

.....

.....

.....

CONSEGUITO NEGLI ANNI .....PRESSO.....

**ALTRI INFERMIERI PROFESSIONALI** (SPECIFICARE EVENTUALE LORO  
PARTECIPAZIONE A CORSI FOMATIVI O *STAGING* PRESSO CENTRI DA TEMPO AFFILIATI  
ALL'A.I.STOM.): .....

.....

.....

.....

.....

.....

**ALTRO PERSONALE SANITARIO** (ASSISTENTI SANITARI O SOCIALI CHE COLLABORANO

CON IL CENTRO): .....

.....

.....

.....

**STOMIZZATI VOLONTARI** (INDICARE RUOLO E COMPITI PRINCIPALI): .....

.....

.....

.....

ALTRI COLLABORATORI COME SOSTENITORI (ANCHE CON COMPITI DI ATTIVITA'  
DOMICILIARE): .....

.....

.....

.....

**TIPO DI ATTIVITA' CHE L'ISTITUZIONE INTENDE REALIZZARE CON LA  
COSTITUZIONE DEL CENTRO:**

- ✓ ATTIVITA' RIABILITATIVA
- ✓ ATTIVITA' DI *FOLLOW-UP*
- ✓ ATTIVITA' DI ASSISTENZA DOMICILIARE
- ✓ ATTIVITA' DI RICERCA APPLICATA ATTRAVERSO  
TECNICHE CHIRURGICHE

ACCENNARE LE TECNICHE .....

.....

.....  
.....  
.....  
.....

**ACCESSO IN AMBULATORIO:**

GIORNI ..... ORARI: .....

**MEDICO ED ENTEROSTOMISTA/I ADDETTI: .....**

.....  
.....

**ALTRI SPECIALISTI: .....**

.....  
.....

**MODALITA DI AFFLUENZA:**

✓ PER GLI OSPEDALIZZATI .....

✓ PER GLI ESTERNI (BARRARE):

LIBERA            PER APPUNTAMENTO     

**TERRITORIO SERVITO DAL CENTRO:**

CITTA' E PROVINCIA DI .....

PER UNA POPOLAZIONE GLOBALE DI CIRCA (NUMERO DI PERSONE): .....

SE IL CENTRO SERVE PIU' ZONE TERRITORIALI, INDICARE L'AFFLUENZA MEDIA IN  
PERCENTUALE, PER CIASCUNA CITTA' O PROVINCIA: .....

.....  
.....  
.....

N.B.: LE PERCENTUALI SONO PURAMENTE INDICATIVE.

NUMERO TOTALE DELLE STOMIE EFFETTUATE NELL'ANNO .....

TEPORANEE N.° ..... DEFINITIVE N.° .....

IL NUMERO DEGLI STOMIZZATI ASSISTITI DALL'INIZIO DELL'ATTIVITA' DEL FUTURO CENTRO E' STATO DI .....

PER LE ENTEROSTOMIE N.° ..... PER LE UROSTOMIE N.° .....

NUMERO DI PAZIENTI CONTROLLATI NELL'ANNO .....

CON STOMIA DEFINITIVA N.° ..... TEMPORANEA N.° .....

CON ILEOSTOMIA N.° ..... CON COLOSTOMIA N.° .....

CON UROSTOMIA (POSSIBILMENTE DESCRIVERE IL TIPO) .....

.....  
.....  
.....

ALTRE ATTIVITA' .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**SITUAZIONI INFORMATIVE - EDUCAZIONALI:**

QUALI I PRINCIPALI MOTIVI CHE INDUCONO I PAZIENTI A RIVOLGERSI A QUESTA STRUTTURA SANITARIA ?

✓ CONOSCENZA DELL'ATTIVITA' SVOLTA DALL'ISTITUTO E/O DALLA DIVISIONE ..... %

- ✓ SUGGERIMENTO DEL MEDICO DI FAMIGLIA ..... %
- ✓ INDICAZIONI DI ALTRO REPARTO DI CHIRURGIA ..... %
- ✓ ESIGENZE DI NATURA RIABILITATIVA ..... %
- ✓ INDICAZIONI PER L'ACQUISTO DEGLI AUSILI PROTESICI ..... %

N.B.: LE QUOTE PERCENTUALI DEI PAZIENTI HANNO VALORE PURAMENTE INDICATIVO

**IRRIGAZIONE = QUALORA L'ATTIVITA' DI RIABILITAZIONE ENTEROSTOMALE SIA STATA AVVIATA DA TEMPO:**

SUL TOTALE DI COLOSTOMIZZATI CONTROLLATI DALL'ISTITUZIONE HANNO EFFETUATO L'IRRIGAZIONE N.° ..... PARI CIRCA AL ..... %

IRRIGATI CON CONTINUITA' E SUCCESSO N.° ..... PARI AL ..... %

PERCENTUALE GLOBALE DEI PAZIENTI COLOSTOMIZZATI, NEI QUALI NON SI E' POTUTA EFFETTUARE L'IRRIGAZIONE N.° ..... PARI AL ..... %

**QUALI SUGGERIMENTI PROPONE:**

QUALI SUGGERIMENTI RITIENE DI FORNIRE IL DIRETTORE DELL'ISTITUTO O DELLA DIVISIONE CHE HA FATTO RICHIESTA PER L'AFFILIAZIONE AL FINE DI:

- ✓ PER MIGLIORARE IL GRADO DI ASSISTENZA E QUELLO DELLA RIABILITAZIONE CONSEGUITO PRESSO IL SUO CENTRO

.....  
 .....  
 .....  
 .....

- ✓ PER FACILITARE L'ESECUZIONE DELLE INDAGINI DI CONTROLLO NEL TEMPO SUGLI STOMIZZATI CHE IL CENTRO MANTERRA' SOTTO OSSERVAZIONE

.....  
 .....

.....  
.....  
.....

- ✓ QUALI INIZIATIVE INTENDE FORNIRE IL CENTRO PER GLI STOMIZZATI ANZIANI, SPECIE SE SOLI. UNA FORMA D'ASSITENZA SANITARIA ANCHE AL PROPRIO DOMICILIO, RIGUARDANTE LA STOMIA O ALTRE MALATTIE CONCOMITANTI .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- ✓ QUALI SUGGERIMENTI PROPONE PER LE INIZITIVE RICREATIVE E SOCIALI IN FAVORE DEGLI STOMIZZATI, ANCHE CON EVENTUALE COSTITUZIONE DI GRUPPI ASSOCIATIVI DI STOMIZZATI, SU BASE:

- ✓ REGIONALE       PROVINCIALE       COMUNALE