

MODULO PER AFFILIAZIONE ALL'AISTOM NAZIONALE

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

WEB-SITE: E-mail:

DIRETTORE

MEDICO RESPONSABILE DEL FUTURO CENTRO

.....
MEDICI ADDETTI AL CENTRO (PRECISARE QUALIFICHE E SPECIALITA')

.....
ASSISTENTI MEDICI VOLONTARI

.....
ENTEROSTOMISTI IN POSSESSO DEL CERTIFICATO DI COMPETENZA:

.....
CONSEGUITO NEGLI ANNIPRESSO.....

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.

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'ASSISTENZA 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

IL CENTRO, OVE POSSIBILE, SI PROPONE DI ORGANIZZARE A LIVELLO LOCALE LA “GIORNATA MONDIALE DELLO STOMIZZATO” INDETTA PERIODICAMENTE DALL’IOA (*INTERNATIONAL OSTOMY ASSOCIATION*) NEL MESE DI OTTOBRE ?

SI NO NON SO

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Per la buona funzionalità del Centro è necessario:

- 1) l’impegno del Direttore dell’Istituto o Divisione ospedaliera che ha richiesto l’affiliazione all’A.I.STOM., a realizzare le finalità riabilitative-assistenziali, in favore degli stomizzati per quanto attiene qualità e quantità di vita;
- 2) l’impegno del medico cui è affidata la responsabilità della conduzione del Centro a:
 - seguirne il funzionamento;
 - visitare i pazienti effettuando la prima prescrizione con l’indicazione del dispositivo medico prescritto e codificato dal Nomenclatore Protesico Nazionale e Regionale;
 - controllare nel tempo i pazienti;
 - essere vicino ad essi con consigli e promozioni sul piano assistenziale e sociale.

E’ aspetto fondamentale per l’apertura di un Centro, la presenza continua dell’enterostomista, cioè un infermiere professionale che abbia partecipato ad uno dei Corsi presso la Scuola Nazionale in Stomaterapia Aistom, conseguendone la Certificazione di Competenza

Per l'affiliazione dell'Istituzione o Divisione, ove non vi sia ancora la disponibilità dell'enterostomista, ma sussistono tutte le premesse sopra indicate da presentare al Consiglio Direttivo dell'A.I.STOM., indicare il nome dell'infermiere professionale che dovrà impegnarsi (per iscritto) a partecipare al prossimo Corso in Stomaterapia, della Scuola nazionale E.T. dell'A.I.STOM.

I.P.

Qualora il suddetto collaboratore non abbia una formazione in stomaterapia, si suggerisce che esso partecipi per due settimane, presso il Centro A.I.STOM. di, impegnando l'A.I.STOM. a seguirlo nella formazione.

Si prega la cortesia del Direttore dell'Istituzione di sottoscrivere la presente relazione, in segno di accettazione, unitamente col medico responsabile del futuro Centro A.I.STOM.

Analogo impegno scritto si richiede all'infermiere professionale che ha partecipato al Corso della Scuola Nazionale per E.T.

L'enterostomista

L'identico impegno scritto si richiede all'infermiere professionale che per due settimane frequenterà una fase d'addestramento presso il Centro A.I.STOM. indicato.

L'infermiere professionale

I **“Centri A.I.STOM.”** sono numerati a livello nazionale, pertanto sono facilmente identificabili grazie ad un'apposita **“Targa Aistom”** con indicato il **numero telefonico verde nazionale (800.675323)**, inviata gratuitamente dall'Associazione e fissata a parete nei rispettivi reparti (**di norma le sale d'attesa dei pazienti stomizzati**).

Letto, firmato e sottoscritto li

Il Direttore Sanitario

Il Direttore di Reparto

Il Responsabile del Centro

.....

N.B.: timbri e firme leggibili.