

Opti-Q paziente-ID:

Versione 2024

# Passaporto della salute

Per l'assistenza coordinata di persone  
con malattie multiple e croniche

*Il presente documento è da considerarsi confidenziale.*

Il passaporto della salute le permette di ricevere un trattamento personalizzato che soddisfi ancora meglio le sue esigenze e le sue aspettative personali, oltre ad assicurare uno scambio di informazioni più efficiente tra i diversi professionisti sanitari.

I professionisti che la curano sono tenuti a mantenere il riserbo sui suoi dati personali e non possono condividerli senza il suo consenso. QualiCCare non ha in alcun momento accesso ai suoi dati personali.

*Le pagine 2 – 11 sono riservate al paziente, che può compilarle autonomamente o insieme ad una persona di riferimento. Al prossimo appuntamento presso lo studio del medico di famiglia potrà porre domande su eventuali punti del passaporto della salute che non le sono chiari.*

## Dati personali

Cognome / Nome	
Via / N.	
NPA / Località	
Telefono	
E-mail	
Data di nascita	
Cassa malati	
Modello assicurativo	
N. AVS	
Firma*	

## Persone di riferimento e / o rappresentanti in campo medico

*(che non sono membri del mio team di trattamento a pagina 4)*

Può essere contattato se necessario e può essere informato del contenuto del presente passaporto delle cure. *(ad es. compagno, figlio/a, parente, vicino di casa)*

Cognome / Nome	
Telefono / E-mail	
Relazione	
Cognome / Nome	
Telefono / E-mail	
Relazione	

(Continuazione delle persone di riferimento e/o dei rappresentanti in materia medica.)

<b>Cognome / Nome</b>	
Telefono / E-mail	
Relazione	
<b>Cognome / Nome</b>	
Telefono / E-mail	
Relazione	

**Coordinatore / -trice** *(inserire manualmente o timbro possibile)*

Questa persona (ad es. APN, CMA, ASM) coordina attualmente il mio trattamento e assicura lo scambio di informazioni all'interno del team di trattamento e con le persone di riferimento.

In caso di eventi acuti è necessario informare il / la coordinatore / trice.

<b>Cognome / Nome</b>	
Professione / Settore specialistico	
Telefono / E-mail	
Indirizzo / Timbro*	
Firma*	

Oppure:  Coordino autonomamente il mio trattamento.

\* Con la mia firma confermo che le informazioni da me fornite in questo documento sono esatte, mi impegno per quanto possibile a mantenerle aggiornate e a fare riferimento al passaporto della salute durante la consultazione.

## Team di trattamento (inserire manualmente o timbro possibile)

Queste persone sono attualmente incaricate del mio trattamento e possono scambiarsi informazioni tratte da questo passaporto della salute.

<b>Cognome / Nome</b>	
Professione / Settore specialistico	
Telefono / E-mail	
Firma* Professionista sanitario/a	
<b>Cognome / Nome</b>	
Professione / Settore specialistico	
Telefono / E-mail	
Firma* Professionista sanitario/a	
<b>Cognome / Nome</b>	
Professione / Settore specialistico	
Telefono / E-mail	
Firma* Professionista sanitario/a	
<b>Cognome / Nome</b>	
Professione / Settore specialistico	
Telefono / E-mail	
Firma* Professionista sanitario/a	
<b>Cognome / Nome</b>	
Professione / Settore specialistico	
Telefono / E-mail	
Firma* Professionista sanitario/a	

**Al prossimo appuntamento, richiedere la firma dei rispettivi operatori sanitari.**

*(ad es. medico di base, farmacista, specialista, psicologo, fisioterapista, assistente sociale, Spitex)*

<b>Cognome / Nome</b>	
Professione / Settore specialistico	
Telefono / E-mail	
Firma* Professionista sanitario/a	
<b>Cognome / Nome</b>	
Professione / Settore specialistico	
Telefono / E-mail	
Firma* Professionista sanitario/a	
<b>Cognome / Nome</b>	
Professione / Settore specialistico	
Telefono / E-mail	
Firma* Professionista sanitario/a	
<b>Cognome / Nome</b>	
Professione / Settore specialistico	
Telefono / E-mail	
Firma* Professionista sanitario/a	
<b>Cognome / Nome</b>	
Professione / Settore specialistico	
Telefono / E-mail	
Firma* Professionista sanitario/a	

\* Con la mia firma confermo che le informazioni da me fornite in questo documento sono esatte, mi impegno per quanto possibile a mantenerle aggiornate e a fare riferimento al passaporto della salute durante la consultazione.





# Obiettivi

## 1. Quali sono i vostri tre obiettivi più importanti per i prossimi 12 mesi?

Pensate alle cose che volete fare nella vostra vita personale, professionale e sociale – cose che dovete fare, che volete fare o che vi piace fare.

Quindi elenchi gli obiettivi in base alla priorità, indicando con il numero «1» quello che le sta più a cuore e sul quale desidera concentrarsi per primo.

## 2. Perché questi obiettivi sono importanti per lei?

Le chiediamo di riflettere sul motivo per cui sono importanti per lei.

Se lo desidera può utilizzare il modello su questa pagina e su quelle successive.

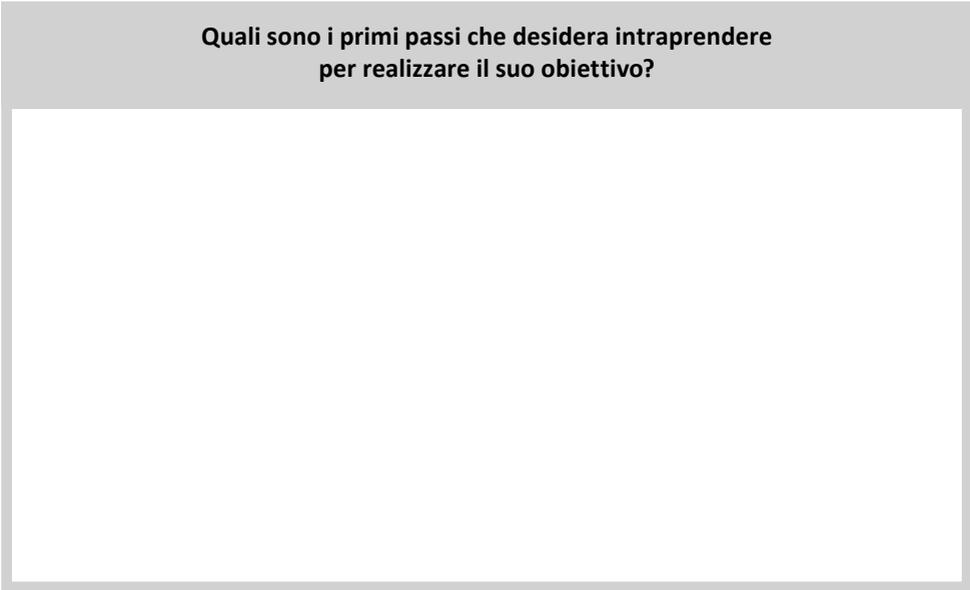
Rifletta su fino alle obiettivi da lei indicati e spieghi perché sono importanti per lei.

**Obiettivo 1:**

**Perché questo obiettivo è importante per lei?**

### **3. Quali sono i primi passi che desidera intraprendere per realizzare il suo / i obiettivo / i?**

Ora che ha individuato i suoi obiettivi, la preghiamo di pensare a quali potrebbero essere i primi passi da intraprendere per fare in modo di realizzarli.



**Quali sono i primi passi che desidera intraprendere per realizzare il suo obiettivo?**

## Obiettivi

**Obiettivo 2:**



**Perché questo obiettivo  
è importante per lei?**



**Obiettivo 3:**



**Perché questo obiettivo  
è importante per lei?**





**Quali sono i primi passi che desidera intraprendere  
per realizzare il suo obiettivo?**



**Quali sono i primi passi che desidera intraprendere  
per realizzare il suo obiettivo?**















*Tali raccomandazioni possono anche essere stampate e collate in questa pagina.*

**Raccomandazioni e /o commenti farmaceutici**

*Spazio per il piano di medicazione*

## Problemi legati ai farmaci

Controllo dei farmaci effettuato. Lo specialista registra eventuali raccomandazioni farmaceutiche nel passaporto della salute.

<b>Data / Firma del professionista responsabile</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Problemi legate ai farmaci</b>

*Tali raccomandazioni possono anche essere stampate e collate in questa pagina.*

**Raccomandazioni e /o commenti farmaceutici**

*Spazio per il piano di medicazione*













## Documenti importanti

Dispongo dei seguenti documenti

(Contrassegnare quelli disponibili e/o integrare l'elenco):

---

Piano terapeutico

---

Libretto delle vaccinazioni

---

Passaporto diabete

---

Passaporto pressione

---

Scheda anticoagulanti

---

Passaporto allergie

---

---

---

---

---

---

Direttive anticipate di trattamento salvata presso:

---

---

---









Gesundheitsförderung Schweiz  
Promotion Santé Suisse  
Promozione Salute Svizzera