



Segnalazione di

**DIMISSIONE DIFFICILE DALL'AREA DI DEGENZA**

N.B. NEL CASO DI VARIAZIONE DEI DATI INSERITI, L'AGGIORNAMENTO DOVRA' ESSERE GARANTITO MEDIANTE INVIO DI UNA NUOVA SCHEDE COMPILATA O DELLE SINGOLE PAGINE AGGIORNATE (nel secondo caso compilare anche il riquadro "Aggiornamenti Successivi" a inizio pagina)

<b>OSPEDALE:</b>	<b>AREA DI DEGENZA:</b>	<b>LETTO n°</b>
	<b>TEL:</b>	<b>FAX/MAIL:</b>

Sez.1 - DATI GENERALI

<b>ASSISTITO:</b>	<i>Etichetta</i>
<b>NATO IL</b> ___/___/___ <b>RICOVERATO IL</b> ___/___/___	
<b>RESIDENZA:</b>	
<b>DOMICILIO</b> (se diverso dalla residenza):	
<b>SESSO</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <b>NAZIONALITÀ:</b>	<b>STATO CIVILE:</b>
<b>PROVE NIENZA</b> <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> STRUTTURA (specificare):	
<input type="checkbox"/> ALTRO REPARTO/OSPEDALE (specificare):	

**LEGALE RAPPRESENTANTE/ PERSONA DI RIFERIMENTO**

INDIVIDUATI NELLA DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI (DOCUMENTO AZIENDALE)

COGNOME E NOME (elencare in ordine di priorità)	G.PARENTELA/ALTRO	TELEFONO

<b>DATA DIMISSIBILITA'</b> ___/___/___	<b>VARIAZIONI DIMISSIBILITA'</b> ___/___/___ FIRMA .....	___/___/___ FIRMA .....
<input type="checkbox"/> SOSPESA <input type="checkbox"/> ANNULLATA	Motivo:	___/___/___ FIRMA .....

**SEZIONE RISERVATA AL DISTRETTO**

<input type="checkbox"/> VALUTAZIONE D'UFFICIO	<input type="checkbox"/> RICHIESTO ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO	<b>MEDICO DI DISTRETTO</b> ___/___/___	
<b>PROG E T T O</b>	<b>SETTING</b>	<b>Data Disponibilità</b>	___/___/___
	<b>TIPO INSERIMENTO</b>	<b>GIORNI</b>	
	<b>INTENSITA' / COMPLESSITA'</b>	<b>Codice Diagnosi</b>	
	<b>STRUTTURA</b>		

<input type="checkbox"/> NOTE	<input type="checkbox"/> COMUNICAZIONI ALL'AREA DI DEGENZA	<input type="checkbox"/> COMUNICAZIONI ALLA STRUTTURA

AGGIORNAMENTI SUCCESSIVI	DATA ____/____/____	FIRMA _____
--------------------------	---------------------	-------------

## Sez 2 – DATI INERENTI ALLA DIMISSIONE

### CONDIZIONI DI VITA / SUPPORTO SOCIALE

CONVIVENTI  SI  NO G.PARENTELA/ALTRO .....

**CAREGIVER\***  SI  NO \* *Persona che a domicilio presta assistenza diretta all'assistito*

\*NOME ..... G.PARENTELA/ALTRO ..... TEL .....

NOTO AI SERVIZI SOCIALI Riferimenti.....

SEGUITO DAL CDCD (Demenze) Riferimenti.....

SEGUITO DAL DSM (Salute Mentale) Per..... Riferimenti .....

SEGUITO DAL SERD (Dipendenze) Per..... Riferimenti .....

INVALID. CIVILE  SI  NO  In Corso Ind. di ACCOMPAGNAMENTO  SI  NO

### CRITICITA' SOCIALI

PERSONA SOLA (NESSUN FAMILIARE/RETE SOCIALE)

PERSONA SENZA FISSA DIMORA

ALTRO.....

### PIANO DI DIMISSIONE PROPOSTO

**LUNGODEGENZA**

**CAVS** (Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria), con requisiti essenziali di presenza medica quotidiana e di assistenza infermieristica continuativa sulle 24 ore (dgr 14 Marzo 2013, n 6-5519 e succ. modif.)

**CURE DOMICILIARI ATTIVABILI SOLO SE DISPONIBILE CAREGIVER** (persona che presta assistenza diretta all'assistito)

**ADDESTRATO IL CAREGIVER:**

SI per .....  IN CORSO per .....  NO

**INFORMATO MEDICO DI FAMIGLIA:**  SI  NO Dott .....

**RSA** (Residenza Sanitaria Assistenziale), per persone anziane (o con bisogni assimilabili ad anziano) non autosufficienti, dimissibili dal livello ospedaliero, con iter diagnostico e terapeutico complesso ultimati, che non necessitano di periodo di stabilizzazione in altro setting e con situazioni socio-familiari/ambientali che impediscono la dimissione a domicilio.

**L'inserimento in RSA è liberamente richiesto da: assistito / legale rappresentante / persona di riferimento (individuati a pag. 1).**

**E' necessario quindi che l'infermiere/medico ospedaliero, condivida con il richiedente l'informativa sottostante.**

**N.B. Questa scheda di segnalazione pervenuta compilata e firmata al distretto, sarà conferma di avvenuta condivisione.**

### INFORMATIVA RIGUARDANTE L'INSERIMENTO IN RSA

- **L'inserimento in RSA può avvenire in forma privata, con retta a totale carico dell'assistito, oppure in convenzione con l'ASL (inserimento convenzionato). Nell'inserimento convenzionato, l'ASL partecipa al pagamento della retta, che viene ripartita in quota assistito (a carico dell'assistito) e quota sanitaria (a carico dell'ASL).**
  - **L'inserimento convenzionato in RSA è liberamente richiesto da: assistito / legale rappresentante / persona di riferimento (richiedente) che comunica la richiesta all'area di degenza, la quale, a sua volta, la trasmette al distretto sanitario di competenza mediante l'invio della scheda di segnalazione.**
  - **L'inserimento convenzionato deve essere autorizzato dal medico di distretto, che valuta il caso e verifica la presenza dei requisiti necessari previsti dalla normativa vigente.**
  - **L'inserimento convenzionato è temporaneo (salvo altra disposizione) e comporta il pagamento a carico dell'assistito di una tariffa variabile (quota assistito), definita in base al livello di intensità assistenziale adeguato ai bisogni della persona (le tariffe sono suscettibili di variazioni in seguito ad indicazioni regionali) (dgr 2 Agosto 2013, n 85-6287 e succ. modif.).**
  - **I criteri per l'individuazione della RSA da parte del Distretto sono i seguenti in ordine di priorità:**
- 1. Livello di intensità assistenziale 2. Posto disponibile 3. Eventuali preferenze\* e/o vicinanza alla residenza dell'assistito**

\* Specificare in "Ulteriori Informazioni" (pag. 8) i motivi della richiesta di inserimento espressi dal richiedente e le sue eventuali preferenze

**ALTRO SETTING:**

AGGIORNAMENTI SUCCESSIVI	DATA ____/____/____	FIRMA _____
--------------------------	---------------------	-------------

## Sez 3 – DATI CLINICI

**MOTIVO DELL'ATTUALE RICOVERO:**

INTERVENTO CHIRURGICO IN DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TIPO:

INFEZIONI IN ATTO TIPO:

NECESSARIO ISOLAMENTO  SI  NO TIPO:

ACCERTAMENTI IN CORSO

TIPO:

IN ATTESA DI ESAMI/CONSULENZE DA EFFETTUARSI ENTRO LA DIMISSIONE

TIPO:

**DIAGNOSI ALLA DIMISSIONE e SINTESI ANAMNESTICA**

NECESSITA' ALLA DIMISSIONE DI RIABILITAZIONE MOTORIA  LOGOPEDICA  ALTRO...

ALLEGARE PROGETTO RIABILITATIVO/VALUTAZIONE LOGOPEDICA

IN SCARICO FINO AL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CONTROLLO ORTOPEDICO IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NECESSITA' ALLA DIMISSIONE DI CURE PALLIATIVE:  DOMICILIARI  RESIDENZIALI

ALLEGARE VALUTAZIONE CURE PALLIATIVE

**ALLERGIE:**

### (IN)STABILITA' CLINICA ALLA DIMISSIONE

**NECESSITA' ALLA DIMISSIONE DI:**

**CONTROLLO MEDICO**

- AD INTERVALLI DI ALMENO 30 GIORNI
- AD INTERVALLI DI ALMENO 15 GIORNI
- AD INTERVALLI DI ALMENO 7 GIORNI
- PIU' VOLTE A SETTIMANA MA NON QUOTIDIANO
- QUOTIDIANO  PLURIQUOTIDIANO

**PRESENZA INFERMIERISTICA**  **DIURNA**  **24 ORE**  
(PER CONTROLLI, MONITORAGGI, SOMM.NE FARMACI ANCHE EXTRA-TERAPIA)

**MONITORAGGIO LABORATORIO/STRUMENTALE**

TIPO E FREQUENZA \_\_\_\_\_

**STABILE**

**MODERATAMENTE STABILE**

**MODERATAMENTE INSTABILE**

**INSTABILE**

NOTE:

AGGIORNAMENTI SUCCESSIVI	DATA ___/___/___	FIRMA _____
--------------------------	------------------	-------------

## Sez 3 – DATI CLINICI

### TERAPIA DA PROSEGUIRE ALLA DIMISSIONE

ALLEGARE ALLA DIMISSIONE I PIANI TERAPEUTICI NECESSARI

**OSSIGENOTERAPIA**  PRIMA PRESCRIZIONE  GIA' IN ATTO A DOMICILIO  
 l/m..... ore/die .....  O2 GASSOSO  O2 LIQUIDO NECESSARIA PRESCRIZIONE SPECIALISTICA

**ANTICOAGULANTI** FARMACO, POSOLOGIA, VIA DI SOMMINISTRAZIONE.....

**ALCOVER**  PRIMA PRESCRIZIONE ALLEGARE PRESCRIZIONE SERD  GIA' IN ATTO A DOMICILIO  
 POSOLOGIA.....

**STUPEFACENTI** FARMACO, POSOLOGIA, VIA DI SOMMINISTRAZIONE.....

**POMPA ELASTOMERICA** SOSTITUITA OGNI..... ULTIMA SOSTITUZIONE IL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 CARICATA CON .....

<input type="checkbox"/> <b>ALTRI FARMACI EV – IM – SC</b> (anche extra-terapia)	DOSE	VIA SOMM.	ORARIO	DATA PREVISTA DI SOSPENSIONE

<input type="checkbox"/> <b>ALTRI FARMACI</b> (anche extra-terapia)	ORARIO	<input type="checkbox"/> <b>ALTRI FARMACI</b> (anche extra-terapia)	ORARIO

**CHEMIOTERAPIA** VIA DI SOMMINISTRAZIONE..... SOMMINISTRABILE A DOMICILIO  SI  NO  
 PROGRAMMA CICLI.....

**RADIOTERAPIA**  
 PROGRAMMA SEDUTE.....

**EMODIALISI** }  INIZIATA DURANTE IL RICOVERO  GIA' IN ATTO A DOMICILIO  
 **DIALISI PERITONEALE** } GIORNI ED ORARI.....

**ALTRO:**

AGGIORNAMENTI SUCCESSIVI	DATA ___/___/___	FIRMA _____
--------------------------	------------------	-------------

## Sez 4 – DATI ASSISTENZIALI (MODELLI FUNZIONALI GORDON)

PERCEZIONE-GESTIONE DELLA SALUTE		VALORI-CONVINZIONI			
CONOSCENZA DIAGNOSI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARZIALE		RELIGIONE (se diversa dalla cattolica):			
NUTRIZIONALE-METABOLICO					
DEGLUTIZIONE	<input type="checkbox"/> NORMALE	<input type="checkbox"/> DISFAGIA:	<input type="checkbox"/> AI LIQUIDI <input type="checkbox"/> AI SOLIDI	<input type="checkbox"/> USO DI ADDENSANTE	
NUTRIZIONE <small>SE RISCHIO DI MALNUTRIZIONE ALLEGARE CONSULENZA DIETOLOGICA</small>	<input type="checkbox"/> NUTRIZIONE PER OS:		<input type="checkbox"/> SUFFICIENTE (CIBO E LIQUIDI)	<input type="checkbox"/> INSUFFICIENTE	
	<input type="checkbox"/> DIETA LIBERA	<input type="checkbox"/> DIETA PRESCRITTA tipo.....			
	<input type="checkbox"/> CIBI FRULLATI	<input type="checkbox"/> INTEGRATORI tipo.....			
	<input type="checkbox"/> NULLA PER OS	<input type="checkbox"/> NUTRIZIONE ENTERALE	<input type="checkbox"/> NUTRIZIONE PARENTERALE		
ELIMINAZIONE					
ELIMIN. URINARIA	<input type="checkbox"/> CONTINENTE	<input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> STOMIA	<input type="checkbox"/> INCONTINENZA SALTUARIA	<input type="checkbox"/> NOTTURNA <input type="checkbox"/> INCONTINENTE	
ELIMIN. FECALE	<input type="checkbox"/> CONTINENTE	<input type="checkbox"/> STOMIA	<input type="checkbox"/> INCONTINENZA SALTUARIA	<input type="checkbox"/> INCONTINENTE	
ATTIVITA'-ESERCIZIO FISICO					
RESPIRAZIONE	<input type="checkbox"/> NORMALE	<input type="checkbox"/> DISPNEA RICORRENTE	<input type="checkbox"/> ASPIRAZIONE VIE AEREE CORRELATA A:		
		<input type="checkbox"/> DA SFORZO <input type="checkbox"/> A RIPOSO	<input type="checkbox"/> TOSSE INEFFICACE <input type="checkbox"/> TRACHEOSTOMIA		
CURANDE	ALIMENTARSI	<input type="checkbox"/> AUTO NOMO	<input type="checkbox"/> AIUTO A INIZIO/FINE PASTO (tagliare,sbucciare..)	<input type="checkbox"/> AIUTO DURANTE IL PASTO <input type="checkbox"/> IN ALCUNI ATTI <input type="checkbox"/> IN TUTTI GLI ATTI	<input type="checkbox"/> DIPENDENTE IMBOCCATO/SONDA
	MANI-VISO-CAVO ORALE	<input type="checkbox"/> AUTO NOMO	<input type="checkbox"/> AIUTO PER PREPARARE/RIORDINARE IL MATERIALE	<input type="checkbox"/> AIUTO DURANTE L'IGIENE <input type="checkbox"/> IN ALCUNI ATTI <input type="checkbox"/> IN TUTTI GLI ATTI	<input type="checkbox"/> DIPENDENTE/NON PARTECIPA ALL'ATTIVITA'
	PERINEALE	<input type="checkbox"/> AUTO NOMO	<input type="checkbox"/> AIUTO PER PREPARARE/RIORDINARE IL MATERIALE	<input type="checkbox"/> AIUTO DURANTE L'IGIENE <input type="checkbox"/> IN ALCUNI ATTI <input type="checkbox"/> IN TUTTI GLI ATTI	<input type="checkbox"/> DIPENDENTE/NON PARTECIPA ALL'ATTIVITA'
	TOTALE (BAGNO/DOCCIA)	<input type="checkbox"/> AUTO NOMO	<input type="checkbox"/> SUPERVISIONE	<input type="checkbox"/> AIUTO DURANTE L'IGIENE <input type="checkbox"/> IN ALCUNI ATTI <input type="checkbox"/> IN TUTTI GLI ATTI	<input type="checkbox"/> DIPENDENTE/NON PARTECIPA ALL'ATTIVITA'
	VESTIRSI	<input type="checkbox"/> AUTO NOMO	<input type="checkbox"/> AIUTO PER BOTTONI/ CERNIERE/ LACCI	<input type="checkbox"/> AIUTO PER INDOSSARE I VESTITI <input type="checkbox"/> IN ALCUNI ATTI <input type="checkbox"/> IN TUTTI GLI ATTI	<input type="checkbox"/> DIPENDENTE/NON PARTECIPA ALL'ATTIVITA'
USO DEI SERVIZI <small>trasferim./posizionam. gestione vestiti/igiene</small>	→ <input type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/> COMODA <input type="checkbox"/> PADELLA <input type="checkbox"/> PAPPAGALLO <input type="checkbox"/> PANNOLONE				
	<input type="checkbox"/> AUTO NOMO	<input type="checkbox"/> SUPERVISIONE	<input type="checkbox"/> AIUTO NELL'IMPIEGO DEI SERVIZI <input type="checkbox"/> IN ALCUNI ATTI <input type="checkbox"/> IN TUTTI GLI ATTI	<input type="checkbox"/> DIPENDENTE/NON PARTECIPA ALL'ATTIVITA'	
MOBILITA'	MOBILITA' NEL LETTO		<input type="checkbox"/> AUTONOMO	<input type="checkbox"/> AIUTO (1 PERSONA)	<input type="checkbox"/> DIPENDENTE (2 PERSONE)
	TRASFERIMENTO LETTO-SEDIA	<input type="checkbox"/> NON SVOLTO	<input type="checkbox"/> AUTONOMO <input type="checkbox"/> SUPERVISIONE	<input type="checkbox"/> AIUTO IN ALCUNE FASI <input type="checkbox"/> AIUTO IN TUTTE LE FASI	<input type="checkbox"/> DIPENDENTE (2 PERSONE)
	DEAMBULAZIONE <input type="checkbox"/> CON AUSILIO	<input type="checkbox"/> NON SVOLTA	<input type="checkbox"/> AUTONOMO <input type="checkbox"/> SUPERVISIONE	<input type="checkbox"/> AIUTO IN ALCUNE FASI <input type="checkbox"/> AIUTO IN TUTTE LE FASI	<input type="checkbox"/> DIPENDENTE/NON E' IN GRADO DI CAMMINARE
	LOCOMOZIONE SU CARROZZINA	<input type="checkbox"/> NON SVOLTA	<input type="checkbox"/> AUTONOMO SPINGE E MANOVRA LA CARROZZINA	<input type="checkbox"/> AIUTO NEGLI SPAZI STRETTI <input type="checkbox"/> AIUTO IN TUTTE LE MANOVRE	<input type="checkbox"/> DIPENDENTE/NON SPINGE LA CARROZZINA
RISCHIO CADUTE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI			
LIMITAZIONI	<input type="checkbox"/> PARESII/PLEGIA zona ..... <input type="checkbox"/> GESSO/DOCCIA/BENDAGGIO ARTO/I tipo ..... <input type="checkbox"/> MANCANZA DI ARTO/I tipo..... <input type="checkbox"/> ARTO/I PROTESIZZATO/I tipo.....				
AUSILI/PRESIDI NECESSARI E NON PRESENTI A DOMICILIO	LETTO ARTICOLATO con <input type="checkbox"/> SPONDE <input type="checkbox"/> TRAPEZIO <input type="checkbox"/> MAT. ANTIDECUB. tipo ..... <input type="checkbox"/> SOLLEVAPERSONE <input type="checkbox"/> CARROZZINA tipo ..... <input type="checkbox"/> CON TAVOLINO <input type="checkbox"/> AUSILI PER DEAMBULAZIONE tipo ..... <input type="checkbox"/> BUSTO ORTOPEDICO <b>ALTRO</b> .....				
MOBILITA' PRECEDENTE IL RICOVERO:					

AGGIORNAMENTI SUCCESSIVI	DATA ___/___/___	FIRMA _____
--------------------------	------------------	-------------

## Sez 4 – DATI ASSISTENZIALI (MODELLI FUNZIONALI GORDON)

RIPOSO-SONNO						
<b>RITMO SONNO-VEGLIA</b>	<input type="checkbox"/> NORMALE	<input type="checkbox"/> DISTURBI	<input type="checkbox"/> ALTERAZIONE SEVERA DEL RITMO SONNO-VEGLIA (quasi tutte le notti resta sveglio per la maggior parte del tempo)			
COGNITIVO-PERCETTIVO						
<b>STATO DI COSCIENZA</b>	<input type="checkbox"/> VIGILE E COSCIENTE	<input type="checkbox"/> EPISODI RICORRENTI DI SONNOLENZA/SOPORE	<input type="checkbox"/> SEMPRE ASSOPITO, REAGISCE AGLI STIMOLI VERBALI/TATTILI	<input type="checkbox"/> REAGISCE SOLO AGLI STIMOLI DOLOROSI	<input type="checkbox"/> NON REAGISCE AGLI STIMOLI	
		<input type="checkbox"/> STATO DI MINIMA COSCIENZA		<input type="checkbox"/> STATO VEGETATIVO		
<b>ORIENTAMENTO</b>	<input type="checkbox"/> NORMALE	<input type="checkbox"/> DISTURBI SALTUARI	<input type="checkbox"/> DISTURBI NOTTURNI	<input type="checkbox"/> DISTURBI COSTANTI		
<b>MEMORIA</b>	<input type="checkbox"/> NORMALE	<input type="checkbox"/> DISTURBI LIEVI	<input type="checkbox"/> DISTURBI MODERATI	<input type="checkbox"/> DISTURBI GRAVI		
<b>COMUNICAZIONE</b>	<input type="checkbox"/> NORMALE	<input type="checkbox"/> RISPONDE SOLO A DOMANDE SEMPLICI	<input type="checkbox"/> C. MOLTO COMPROMESSA/ASSENTE	<input type="checkbox"/> DISARTRIA <input type="checkbox"/> AFASIA ESPRESSIVA <input type="checkbox"/> AFASIA RICETTIVA		
<b>COMPORTEMENTO</b> <small>SE DISTURBI COMPORTAMENTALI RICORRENTI/FREQUENTI ALLEGARE CONSULENZA GERIATRICA/NEUROLOGICA/PSICHIATRICA</small>	<input type="checkbox"/> NESSUN DISTURBO  <small>EPISODICO: che ha carattere occasionale RICORRENTE: che si ripete periodicamente</small>	<input type="checkbox"/> PONE DOMANDE RIPETITIVAMENTE O ESPRIME RICHIESTE IMMOTIVATE				
		<input type="checkbox"/> RIFIUTO FREQUENTE / COSTANTE DI ALIMENTARSI (cibo e/o liquidi)	<input type="checkbox"/> BULIMIA			
		<input type="checkbox"/> RIFIUTO DELL'ASSISTENZA (atti oppositivi, rifiuto di assistenza/terapie, autorimozione dei presidi)	<input type="checkbox"/> EPISODICO	<input type="checkbox"/> RICORRENTE		
		<input type="checkbox"/> ALLUCINAZIONI (vede/sente cose che non esistono)	<input type="checkbox"/> EPISODICHE	<input type="checkbox"/> RICORRENTI		
		<input type="checkbox"/> DELIRI (crede cose che non sono vere)	<input type="checkbox"/> EPISODICI	<input type="checkbox"/> RICORRENTI		
		<input type="checkbox"/> COMPORTEMENTO SOCIALMENTE INADEGUATO	<input type="checkbox"/> EPISODICO	<input type="checkbox"/> RICORRENTE		
		<input type="checkbox"/> Rumori/Urla <input type="checkbox"/> Altro .....				
		<input type="checkbox"/> AGITAZIONE PSICOMOTORIA	<input type="checkbox"/> EPISODICA	<input type="checkbox"/> RICORRENTE	<input type="checkbox"/> COSTANTE	
		<input type="checkbox"/> SCAVALCA LE SPONDE LETTO	<input type="checkbox"/> EPISODICO	<input type="checkbox"/> RICORRENTE	<input type="checkbox"/> COSTANTE	
		<input type="checkbox"/> WANDERING (vagabondaggio)	<input type="checkbox"/> EPISODICO	<input type="checkbox"/> RICORRENTE	<input type="checkbox"/> COSTANTE	
<input type="checkbox"/> FUGA	<input type="checkbox"/> EPISODICA	<input type="checkbox"/> RICORRENTE	<input type="checkbox"/> COSTANTE			
<input type="checkbox"/> ALTRI DISTURBI E FREQUENZA:						
<b>DOLORE</b>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI CONTROLLATO CON TERAPIA DI MANTENIMENTO <input type="checkbox"/> SI CONTROLLATO CON EXTRA TERAPIA <input type="checkbox"/> DIURNA <input type="checkbox"/> NOTTURNA FARMACO E Via SOMM. ....				
<b>VERTIGINI</b>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI				
<b>UDITO</b> <input type="checkbox"/> CON PROTESI	<input type="checkbox"/> BUONO	<input type="checkbox"/> IPOACUSIA	<input type="checkbox"/> SORDITA'			
<b>VISTA</b> <input type="checkbox"/> CON OCCHIALI	<input type="checkbox"/> BUONA	<input type="checkbox"/> IPOVISUS	<input type="checkbox"/> CECITÀ <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX			
PERCEZIONE DI SE' RUOLI-RELAZIONI ADATTAMENTO-TOLLERANZA ALLO STRESS						
<b>ANSIA/PAURA</b>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (agitato/costantemente inquieto nonostante gli interventi di rassicurazione e le eventuali terapie. I disturbi sono tali da richiedere un maggior impegno assistenziale)				
<b>DEPRESSIONE</b>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI manifestazioni:				
<b>RISCHIO DI VIOLENZA RIVOLTA A SE' O AD ALTRI</b> <small>ALLEGARE CONSULENZA GERIATRICA /PSICHIATRICA</small>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> AGGRESSIVITA' VERBALE	<input type="checkbox"/> EPISODICA	<input type="checkbox"/> RICORRENTE		
		<input type="checkbox"/> ATTI DI AGGRESSIONE FISICA	<input type="checkbox"/> IN ANAMNESI	<input type="checkbox"/> IN CORSO DI DEGENZA		
		<input type="checkbox"/> IDEE SUICIDARIE MANIFESTE	<input type="checkbox"/> EPISODICHE	<input type="checkbox"/> RICORRENTI		
		<input type="checkbox"/> TENTATIVI DI SUICIDIO	<input type="checkbox"/> IN ANAMNESI	<input type="checkbox"/> IN CORSO DI DEGENZA		
<b>MODELLI FUNZIONALI DELLA SALUTE GORDON</b> ( "Diagnosi Infermieristiche con NOC e NIC" – Judith M. Wilkinson ) Ulteriori informazioni di rilievo inerenti a tutti i modelli (incluso SESSUALITÀ-RIPRODUZIONE) possono essere aggiunte a pag. 8						

AGGIORNAMENTI SUCCESSIVI	DATA ___/___/___	FIRMA _____
--------------------------	------------------	-------------

## Sez 4 – DATI ASSISTENZIALI

### SONDE/STOMIE/PRESIDI CHE SARANNO PRESENTI ALLA DIMISSIONE

SPECIFICARE NEL RIQUADRO A FONDO PAGINA LE MEDICAZIONI RELATIVE A SONDE/STOMIE/PRESIDI.  
ALTRE INFORMAZIONI DI RILIEVO POSSONO ESSERE AGGIUNTE IN "ULTERIORI INFORMAZIONI" A PAG. 8

SONDE	<input type="checkbox"/> CATETERE VESCICALE	GIÀ PRESENTE A DOMICILIO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A INTERMITTENZA <input type="checkbox"/> TEMPORANEO <input type="checkbox"/> A PERMANENZA POSIZIONATO PER: <input type="checkbox"/> MONITORAGGIO DIURESIS <input type="checkbox"/> RITENZIONE ALTRO..... TIPO e Ch..... APPLICATO/SOSTITUITO IL ___/___/___ SOSTITUIRE OGNI..... <input type="checkbox"/> DIFFICOLTÀ NELLA SOSTITUZIONE
	<input type="checkbox"/> CVP <input type="checkbox"/> CVC	TIPO e SEDE..... APPLICATO/SOSTITUITO IL ___/___/___
	<input type="checkbox"/> SNG	GIÀ PRESENTE A DOMICILIO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO APPLICATO(a)/SOSTITUITO(a) IL ___/___/___
	<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PEJ	<u>ALLEGARE SCHEMA NUTRIZIONE ENTERALE</u>
	<input type="checkbox"/> ENTEROSTOMIA	GIÀ PRESENTE A DOMICILIO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> URETEROSTOMIA	GIÀ PRESENTE A DOMICILIO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA	GIÀ PRESENTE A DOMICILIO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	STOMIE	<input type="checkbox"/> TRACHEOSTOMIA
<input type="checkbox"/> TRACHEOTOMIA PERCUTANEA		CANNULA TIPO E DIAMETRO..... <input type="checkbox"/> REF N°..... ULTIMA SOSTITUZIONE IL ___/___/___ SOSTITUITA OGNI..... <input type="checkbox"/> DIFFICOLTÀ NELLA SOSTITUZIONE
<input type="checkbox"/> VENTILATORE MECCANICO		TIPO..... MODALITÀ DI VENTILAZIONE..... <input type="checkbox"/> OSSIGENO: CONCENTRAZIONE.....% FLUSSO .....l/m
<input type="checkbox"/> PACEMAKER		Informazioni di rilievo:
PRESIDI	<input type="checkbox"/> ALTRO:	Informazioni di rilievo:

### MEDICAZIONI DA PROSEGUIRE ALLA DIMISSIONE

ALLEGARE ALLA DIMISSIONE I PIANI TERAPEUTICI NECESSARI

MEDICAZIONI	<input type="checkbox"/> LESIONI/FERITE/SONDE/STOMIE/PRESIDI	STADIO* SE LESIONE DA PRESSIONE	MEDICAZIONE	FREQUENZA	
	* Stadio I eritema irreversibile alla digitopressione	* Stadio II ulcera superficiale/abrasione	* Stadio III ulcera che si approfondisce nel tessuto sottocutaneo senza oltrepassare la fascia muscolare	* Stadio IV ulcera profonda coinvolgente muscoli/tendini/ossa	* Escara

AGGIORNAMENTI  
SUCCESSIVI

DATA

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

## Sez 5 – DATI CONCLUSIVI

### ULTERIORI INFORMAZIONI

ALLEGARE SE DISPONIBILI:  PROGETTO RIABILITATIVO

consulenze/valutazioni per:  NUTRIZIONE  AGITAZIONE  DIPENDENZE  CURE PALLIATIVE

**N.B. NEL CASO DI VARIAZIONE DEI DATI INSERITI, L'AGGIORNAMENTO DOVRA' ESSERE GARANTITO MEDIANTE INVIO DI UNA NUOVA SCHEDA COMPILATA O DELLE SINGOLE PAGINE AGGIORNATE (NEL SECONDO CASO COMPILARE ANCHE IL RIQUADRO "AGGIORNAMENTI SUCCESSIVI" A INIZIO PAGINA)**

**DATA**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**INFERMIERE**

(firma leggibile)

**MEDICO**

(firma e timbro)

### SEZIONE RISERVATA AL DISTRETTO

NOTE  COMUNICAZIONI ALL'AREA DI DEGENZA  COMUNICAZIONI ALLA STRUTTURA