



OSPEDALE	TEL	FAX/MAIL
.....

ASSISTITO (cognome e nome): _____ Nato/a il ____/____/____

Residenza: _____ **Domicilio:** _____ **DOMICILIO PRE-RICOVERO:** CASA STRUTTURA

LEGALE RAPPRESENTANTE / PERSONA DI RIFERIMENTO individuati nella dichiarazione di consenso al trattamento dei dati sensibili (doc. aziendale)

COGNOME E NOME	g.parentela/altro	TELEFONO
.....

ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO **DIAGNOSI ALLA DIMISSIONE E SINTESI ANAMNETICA**

DATA ____/____/____ **ORA** _____

Motivo:

.....

.....

TERAPIA DA PROSEGUIRE ALLA DIMISSIONE

O2 TERAPIA: PRIMA PRESCRIZIONE GIA' IN ATTO AL DOMICILIO FABBISOGNO.....

INSULINOTERAPIA (farmaci ed orari):

TERAPIA IM (farmaci ed orari):

TERAPIA EV (farmaci/soluzioni ed orari):

ALTRI FARMACI:

COMPLESSITA' CLINICO-ASSISTENZIALE PRESENTE ALLA DIMISSIONE

CONTROLLO MEDICO: QUOTIDIANO OGNIGIORNI **PRESENZA INFERMIER:** DIURNA 24 ORE

NECESSITA' DI CURE PALLIATIVE: DOMICILIARI RESIDENZIALI

RESPIRAZIONE	<input type="checkbox"/> NORMALE	<input type="checkbox"/> DISPNEA	<input type="checkbox"/> O2	<input type="checkbox"/> ASPIRAZIONE VIE AEREE	<input type="checkbox"/> TRACHEOSTOMIA
COSCIENZA	<input type="checkbox"/> SVEGLIO	<input type="checkbox"/> SOPOROSO	<input type="checkbox"/> Altro:.....		
MEMORIA	<input type="checkbox"/> NORMALE	<input type="checkbox"/> DISTURBI LIEVI	<input type="checkbox"/> DISTURBI MODERATI	<input type="checkbox"/> DISTURBI GRAVI	
COMPORTEMENTO	<input type="checkbox"/> NORMALE	<input type="checkbox"/> ALLUCINAZIONI/DELIRI		<input type="checkbox"/> VAGABONDAGGIO/FUGHE (<input type="checkbox"/> IN ATTO <input type="checkbox"/> IN ANAMNESI)	
		<input type="checkbox"/> VIOLENZA VERSO SE' O ALTRI (<input type="checkbox"/> IN ATTO <input type="checkbox"/> IN ANAMNESI)		<input type="checkbox"/> Altro:.....	
DEAMBULAZIONE	<input type="checkbox"/> AUTONOMO	<input type="checkbox"/> CON AIUTO	<input type="checkbox"/> IN CARROZZINA	<input type="checkbox"/> ALLETTATO	
ELIMINAZIONE	<input type="checkbox"/> CONTINENTE	<input type="checkbox"/> INC. URIN. (<input type="checkbox"/> SALTUARIA <input type="checkbox"/> COSTANTE)		<input type="checkbox"/> INC. FEC. (<input type="checkbox"/> SALTUARIA <input type="checkbox"/> COSTANTE)	
		<input type="checkbox"/> CATETERE VESCICALE		<input type="checkbox"/> STOMIA tipo:.....	
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	
ALIMENTAZIONE	<input type="checkbox"/> AUTONOMO	<input type="checkbox"/> CON AIUTO	<input type="checkbox"/> IMBOCCATO	<input type="checkbox"/> NULLA PER OS	
		<input type="checkbox"/> NUTRIZIONE PARENTERALE		<input type="checkbox"/> NUTRIZIONE ENTERALE	<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEG/PEJ
PRESIDI	<input type="checkbox"/> NESSUNO	<input type="checkbox"/> CVP tipo:.....		<input type="checkbox"/> CVC tipo:.....	
		<input type="checkbox"/> ALTRI PRESIDI tipo:.....			
MEDICAZIONI	<input type="checkbox"/> NESSUNA	<input type="checkbox"/> LESIONI DA PRESSIONE sede e grado:.....			
		<input type="checkbox"/> Altro:.....			

SEZIONE RISERVATA AL DISTRETTO

<input type="checkbox"/> VALUTAZIONE D'UFFICIO		<input type="checkbox"/> RICHIESTO ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO		MEDICO DI DISTRETTO	
PROGETTO	SETTING	Data Disponibilità	____/____/____	____/____/____	
	TIPO INSERIMENTO INTENSITA'/COMPL.	Giorni	_____		
	STRUTTURA	Codice Diagnosi	_____	

ASSISTITO:		Nato/a il ____/____/____	
CONDIZIONI DI VITA/SUPPORTO SOCIALE			
CONVIVENTI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO G.PARENTELA/ALTRO CAREGIVER* <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO * <i>Persona che a domicilio presta assistenza diretta all'assistito</i> *NOME G.PARENTELA/ALTRO TEL <input type="checkbox"/> NOTO AI SERVIZI SOCIALI Riferimenti <input type="checkbox"/> SEGUITO DAL CDCD (Demenze) Riferimenti <input type="checkbox"/> SEGUITO DAL DSM (SaluteMentale) Per..... Riferimenti..... <input type="checkbox"/> SEGUITO DAL SERD (Dipendenze) Per..... Riferiment..... INVALID. CIVILE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> In Corso Ind. di ACCOMPAGNAMENTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		CRITICITA' SOCIALI <input type="checkbox"/> PERSONA SOLA (NESSUN FAMILIARE/RETE SOCIALE) <input type="checkbox"/> PERSONA SENZA FISSA DIMORA ALTRO.....	
PIANO DI DIMISSIONE PROPOSTO			
<input type="checkbox"/> 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.)			
<input type="checkbox"/> CURE DOMICILIARI ATTIVABILI SOLO SE DISPONIBILE CAREGIVER (<i>persona che presta assistenza diretta all'assistito</i>)			
<input type="checkbox"/> 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. <u>L'inserimento in RSA è liberamente richiesto da: assistito/legale rappresentante/persona di riferimento (individuati a pag. 1).</u> E' necessario quindi che l'infermiere/medico ospedaliero, condivida con il richiedente l'informativa sottostante. <u>N.B. Questa scheda di segnalazione pervenuta compilata e firmata al distretto, sarà conferma di avvenuta condivisione.</u>			
INFORMATIVA RIGUARDANTE L'INSERIMENTO IN RSA			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>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 <u>quota assistito (a carico dell'assistito) e quota sanitaria (a carico dell'ASL).</u></i> ➤ <i><u>L'inserimento convenzionato in RSA è liberamente richiesto da: assistito/legale rappresentante/persona di riferimento (richiedente)</u> che comunica la richiesta al Pronto Soccorso, il quale, a sua volta, la trasmette al distretto sanitario di competenza mediante l'invio della scheda di segnalazione.</i> ➤ <i><u>L'inserimento convenzionato deve essere autorizzato dal medico di distretto</u>, che valuta il caso e verifica la presenza dei requisiti necessari previsti dalla normativa vigente.</i> ➤ <i><u>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)</u> (dgr 2 Agosto 2013, n 85-6287 e succ. modif.).</i> ➤ <i><u>I criteri per l'individuazione della RSA da parte del Distretto sono i seguenti in ordine di priorità:</u></i> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Livello di intensità assistenziale</u> 2. <u>Posto disponibile</u> 3. <u>Eventuali preferenze e/o vicinanza alla residenza dell'assistito</u> 			
<input type="checkbox"/> ALTRO SETTING:			
ULTERIORI INFORMAZIONI			
DATA ____/____/____		INFERMIERE (firma leggibile)	
		MEDICO (firma e timbro)	