



**A.S.L. TO4**

Azienda Sanitaria Locale  
di Ciriè, Chivasso e Ivrea



**CURE DOMICILIARI**

## SEGNALAZIONE PER RICHIESTA DI APERTURA SID

**OSPEDALE** \_\_\_\_\_ **AREA DI DEGENZA** \_\_\_\_\_

**TEL** \_\_\_\_\_

<b>ASSISTITO:</b> (cognome e nome)	<i>Etichetta</i>
Nato/a il ____/____/____	
Residenza:	
Domicilio (se diverso dalla residenza):	
Tel:	

### FAMILIARI/PERSONE DI RIFERIMENTO

COGNOME E NOME	Grado di parentela	INDIRIZZO E TELEFONO

**CAREGIVER** (persona che presta assistenza diretta)  **SI**  **NO**  
 Nome ..... Parentela o altro ..... Tel .....

**ADDESTRAMENTO CAREGIVER:**  
 **SI** per .....  **IN CORSO** per .....  **NO**

### MEDICO DI FAMIGLIA:

**INFORMAZIONI CLINICHE E ASSISTENZIALI**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**DATA PREVISTA DI DIMISSIONE** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## MEDICAZIONI DA PROSEGUIRE ALLA DIMISSIONE

ALLEGARE ALLA DIMISSIONE I PIANI TERAPEUTICI NECESSARI

M E D I C A Z I O N I	LESIONI/FERITE TIPO E SEDE	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

## SONDE/STOMIE/PRESIDI ALLA DIMISSIONE

SPECIFICARE NEL RIQUADRO "ULTERIORI INFORMAZIONI" EVENTUALI PROBLEMI CORRELATI A SONDE/STOMIE/PRESIDI

S O N D E  S T O M I E  P R E S I D I	<input type="checkbox"/> <b>CATETERE VESCICALE</b>	GIÀ PRESENTE A DOMICILIO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A INTERMITTENZA <input type="checkbox"/> TEMPORANEO <input type="checkbox"/> A PERMANENZA POSIZIONATO PER: <input type="checkbox"/> MONITORAGGIO DIURESI <input type="checkbox"/> RITENZIONE ALTRO:..... TIPO e Ch:..... APPLICATO/SOSTITUITO IL ___/___/___ SOSTITUITO OGNI:..... <input type="checkbox"/> DIFFICOLTÀ NELLA SOSTITUZIONE
	<input type="checkbox"/> <b>CVC</b>	TIPO:..... POSIZIONATO IL ___/___/___
	<input type="checkbox"/> <b>SNG</b> <input type="checkbox"/> <b>PEG</b> <input type="checkbox"/> <b>PEJ</b>	GIÀ PRESENTE A DOMICILIO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO POSIZIONATO/SOSTITUITO IL ___/___/___
	<input type="checkbox"/> <b>ENTEROSTOMIA</b>	GIÀ PRESENTE A DOMICILIO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> <b>URETEROSTOMIA</b> <input type="checkbox"/> <b>CISTOSTOMIA</b>	GIÀ PRESENTI A DOMICILIO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> <b>TRACHEOSTOMIA</b> <input type="checkbox"/> <b>TRACHEOTOMIA PERCUTANEA</b>	GIÀ PRESENTE A DOMICILIO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <b>CANNULA</b> TIPO E DIAMETRO:..... REF N°..... ULTIMA SOSTITUZIONE IL ___/___/___ SOSTITUITA OGNI:..... <input type="checkbox"/> DIFFICOLTÀ NELLA SOSTITUZIONE
	<b>ALTRO</b>	Informazioni di rilievo:
<b>ULTERIORI INFORMAZIONI</b>		

DATA ___/___/___	MEDICO (firma e timbro)	INFERMIERE (firma)
---------------------	-------------------------	--------------------