



SCHEDA DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE LdP
(da compilare al trasferimento del paziente dal proprio domicilio
verso strutture sanitarie e viceversa)

Cognome _____

Nome _____

SEDE DELLA LESIONE

| | | | |
|-------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|
| Solco intergluteo | | Cresta tibiale dx | Cresta tibiale sin. |
| Gluteo dx | Gluteo sin. | Gamba dx | Gamba sin. |
| Trocantere dx | Trocantere sin. | Malleolo interno dx | Malleolo interno sin. |
| Ischio dx | Ischio sin. | Malleolo esterno dx | Malleolo esterno sin. |
| Cresta iliaca dx | Cresta iliaca sin. | Tallone dx | Tallone sin. |
| Ginocchio dx | Ginocchio sin. | | |
| Altro | | Altro | |

STADIAZIONE

| | | | | |
|----------|-----------|------------|-----------|--------|
| I stadio | II stadio | III stadio | IV stadio | Escara |
|----------|-----------|------------|-----------|--------|

PROGRAMMA TERAPEUTICO/ASSISTENZIALE IN CORSO

TIPOLOGIA MEDICAZIONI _____

FREQUENZA CAMBIO MEDICAZIONI _____

EVENTUALI ALLERGIE SVILUPPATE ALLE MEDICAZIONI _____

PRESIDI ANTIDECUBITO IN USO _____

PIANO MOBILIZZAZIONE _____

SUPPORTO NUTRIZIONALE _____

TERAPIA FARMACOLOGIA _____

Firma del compilatore

Data _____