



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 _____