



SCHEDA DI DIMISSIONE PROTETTA

(da inviare al Distretto Sanitario di riferimento del paziente almeno 3 giorni prima della dimissione)

<input type="checkbox"/>	Pescara Nord	Tel. 085/4253468	adi.pescaranord@ausl.pe.it
<input type="checkbox"/>	Pescara Sud	Tel. 085/4254057	adi.pescarasud@ausl.pe.it
<input type="checkbox"/>	Montesilvano-Cappelle	Tel. 085/4253372	adi.montesilvano@ausl.pe.it
<input type="checkbox"/>	Penne – Loreto	Tel. 085/8276520	adi.penne@ausl.pe.it
<input type="checkbox"/>	Cepagatti	Tel. 085/974535	adi.cepagatti@ausl.pe.it
<input type="checkbox"/>	Città S. Angelo	Tel. 085/4253327	adi.cittasantangelo@ausl.pe.it
<input type="checkbox"/>	Spoltore-Pianella-Moscufo	Tel. 085/4253602	adi.spoltore@ausl.pe.it
<input type="checkbox"/>	Scafa	Tel. 085/9898818-839	adi.scafa@ausl.pe.it
<input type="checkbox"/>	Tocco Da Casauria	Tel. 085/9898818-839	adi.scafa@ausl.pe.it
<input type="checkbox"/>	Popoli	Tel. 085/9898818-839	adi.scafa@ausl.pe.it

DATI DELLA STRUTTURA OSPITANTE

Medico proponente dr. _____ della Struttura _____

U.O. _____ tel. _____ indirizzo e-mail _____

DATI PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita ____/____/____

Codice Fiscale _____ Residenza _____

Indirizzo del luogo previsto per l'Assistenza Domiciliare _____

Caregiver _____ in qualità di _____

Recapiti Caregiver _____

DATA PRESUNTA DI DIMISSIONE ____/____/____ FIRMA CAREGIVER _____

MMG/PLS _____ Ricoveri ripetuti negli ultimi 3 mesi SI NO

SITUAZIONE ABITATIVA/FAMILIARE IN CUI AVVERRÀ L'ASSISTENZA

Vive in famiglia (coniuge, figli, fratelli/sorelle, genitori, etc.) Vive in una Struttura _____

Vive con l'Assistente Familiare altro _____

DIAGNOSI DIMISSIONE _____

_____**CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE**

Stato di coscienza	<input type="checkbox"/> orientato <input type="checkbox"/> disorientato <input type="checkbox"/> coma
Stato di autosufficienza	
Non Autosufficiente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Parzialmente Autosufficiente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Paziente Autosufficiente ma in situazione di rischio Sociosanitario	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Paziente Collaborante	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Respirazione	<input type="checkbox"/> autonoma <input type="checkbox"/> VAM <input type="checkbox"/> ossigeno OLT
Alimentazione	<input type="checkbox"/> autonoma <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> NTP <input type="checkbox"/> altro _____
Continenza	
Continenza urinaria	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Continenza fecale	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dispositivi utilizzati	<input type="checkbox"/> pannoloni <input type="checkbox"/> catetere vescicale (tipo) _____
Portatore di Stomia	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si (modello e misura) _____
Presenza di Accesso Venoso Centrale	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
Presenza di Accesso Venoso Periferico	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
Lesioni da pressione	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sede _____ grado _____
Dolore alla dimissione	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (tipo, sede, intensità) _____ _____
Funzione cardiocircolatoria	
Presenza di aritmie	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
Presenza di scompenso cardiaco di classe III/IV classe NYHA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
Elevata comorbilità	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
Malattie infettive accertate sierologicamente	_____ _____
Allergie e intolleranze	_____

PREVISIONI BISOGNI ASSISTENZIALI

Ausili/protesi	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<hr/> <hr/>	
Terapia Farmacologica	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<hr/> <hr/>	
Prest. Infermieristiche	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<hr/> <hr/>	
Terapia riabilitativa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<hr/> <hr/>	
Medicazioni	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<hr/> <hr/>	
Assistenza Sociale	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<hr/> <hr/>	

Timbro, codice e firma del medico
proponente

A cura del Responsabile del Distretto	Timbro di ricezione
DATA	