

MODULO DI SEGNALAZIONE DIMISSIONE "Protetta"
(da inviare all'Ufficio Territoriale)

SEMPLICE
COMPLESSA

Cure Domiciliari integrate ADI Cure Palliative Domiciliari RSA Hospice SUAP

Data segnalazione _____ *(da effettuare almeno 3 gg. lavorativi prima della dimissione)*

Presidio/Azienda Ospedaliera: _____ **data di ricovero** _____
U.O. di ricovero _____
Medico referente: _____ **tel.** _____

PAZIENTE: Cognome	Nome	Età
Luogo e data di nascita	Codice Fiscale	
Domicilio	Via	
Residenza (se diversa dal domicilio)	ASP (se diversa dall'ASP PA)	
Telefono	Cellulare	
Persona di riferimento:	Telefono	
	Cellulare	
Medico di Medicina Generale	Telefono	
Dott.	Cellulare	

Diagnosi e patologie concomitanti:

Prestazioni necessarie:

<input type="checkbox"/> Gestione catetere vescicale	<input type="checkbox"/> Medicazioni ferita chirurgica Complicata	<input type="checkbox"/> Terapia antalgica
<input type="checkbox"/> Gestione stomie	<input type="checkbox"/> Medicazioni ulcere	<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia a lungo termine
<input type="checkbox"/> Terapia infusione	<input type="checkbox"/> SNG /PEG	<input type="checkbox"/> Gestione catetere centrale
<input type="checkbox"/> Nutrizione artificiale	<input type="checkbox"/> Fisioterapia	<input type="checkbox"/> Tracheostomia
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____		<input type="checkbox"/> Consulenza Team Nutrizionale Territoriale (TNT)

Si allega relazione sanitaria e SVAMA (solo in caso di Dimissione Protetta Complessa) **Valutazione dolore con Scala NRS** (scala numerica da 0 a 10)

Valutazione stato Nutrizionale con Scala MNA (scala numerica da 0 a 30) **Necessita di interventi sociali** SI NO

Firmando la presente Lei dichiara di acconsentire al trattamento dei propri dati personali e sensibili
Firma dell'Assistito o familiare _____ Firma e timbro del Medico Referente o delegato _____