



# Dipartimento Integrazione Socio-Sanitario

U.O.C. Integrazione Socio-Sanitaria

Via Pindemonte, 88 Palermo

## MODULO DI SEGNALAZIONE DIMISSIONE "Protetta"

SEMPLICE

COMPLESSA

(da inviare all'Ufficio Territoriale)

- Cure Domiciliari Integrate ADI  
  Cure Palliative Domiciliari  
  Ospedale di Comunità OdC  
  RSA  
  Hospice  
  SUAP

Data Segnalazione \_\_\_\_\_ (da effettuare almeno 3gg lavorativi prima della dimissione)

Presidio/Azienda Ospedaliero \_\_\_\_\_ data di ricovero \_\_\_\_\_  
 U.O. di ricovero \_\_\_\_\_  
 Medico referente \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Cognome	Nome	Età
Luogo e data di Nascita	Codice Fiscale	
Domicilio	Via/Piazza	
Residenza (se diversa da domicilio)	ASP (se diversa da ASP PA)	
Telefono/Cellulare	Email	
Persona di riferimento	Telefono/Cellulare	
Medico di Medicina Generale MMG/PLS	Telefono/Cellulare	

Patologia prevalente: \_\_\_\_\_

Patologie concomitanti: \_\_\_\_\_

Descrizione del bisogno espresso: \_\_\_\_\_

### Prestazioni necessarie:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medicazione ulcere   | <input type="checkbox"/> Tracheostomia                                 | <input type="checkbox"/> Medicazione ferita chirurgica complicata |
| <input type="checkbox"/> Gestione stomie      | <input type="checkbox"/> SNG/PEG                                       | <input type="checkbox"/> Ossigeno terapia a lungo termine OLT     |
| <input type="checkbox"/> Terapia infusioneale | <input type="checkbox"/> Fisioterapia                                  | <input type="checkbox"/> Gestione catetere centrale               |
| <input type="checkbox"/> Terapia antalgica    | <input type="checkbox"/> Nutrizione artificiale                        | <input type="checkbox"/> Gestione catetere vescicale              |
| <input type="checkbox"/> Altro .....          | <input type="checkbox"/> Consulenza team nutrizionale territoriale TNT |   |

Valutazione stato nutrizionale MNA  (scala numerica da 0 a 30)

Valutazione dolore NRS  (scala numerica da 0 a 10)

Scheda SIT  (solo in caso di ospitalità in OdC)

SI ALLEGA:  SVAMA  ALLEGATO 1A (solo in caso di cure palliative)      Necessita di interventi sociali NO  SI

Firmando la presente Lei dichiara di acconsentire al trattamento dei propri dati personali e sensibili ai sensi del GDPR 2016/679 ai fini dell'accettazione del proseguimento del percorso di continuità assistenziale ospedale-territorio.

Firma dell'assistito o tutore

Firma e timbro del medico referente o delegato