



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