

Struttura U.O. Tel.

**SCHEDA DI SEGNALAZIONE PER DIMISSIONE PROTETTA DA UTILIZZARE ANCHE PER
SEGNALAZIONE DEGLI ASSISTITI CON NECESSITÀ DI CURE PALLIATIVE**

Cognome e nome dell'assistito _____ data di nascita _____
 residente a _____ in via _____ n. _____
 tel. _____ Familiare di riferimento (grado di parentela, cognome, nome, n. telefonico)

Diagnosi medica di dimissione _____

DATI DI INQUADRAMENTO CLINICO-ASSISTENZIALE:

percezione della realtà: () confuso () vigile () disorientato
respirazione: () normale () patologica _____
alimentazione () normale () S.N.G. () N.P.T. () altro _____
eliminazione intestinale: () normale () stipsi () diarrea () incontinenza
 () stomia tipo _____ frequenza di gestione _____
eliminazione urinaria: () normale () incontinenza () guaina esterna () pannolone
 () catetere vescicale; tipo _____ calibro ____ sostituito il _____
 () stomia tipo _____ frequenza di gestione _____
mobilitazione: () attiva fuori dal letto () attiva fuori dal letto con ausili
 () attiva nel letto () completamente passiva
riposo e sonno: () normale () patologico _____
vestirsi e spogliarsi: () autosufficiente () non autosufficiente
igiene personale: () autosufficiente () non autosufficiente aiuto da parte di _____
comunicazione: () mantenuta () compromessa _____
lesioni cutanee: () no () sì tipo _____
 sede _____ medicazioni con _____
terapia del dolore: farmaci _____
 posologia _____ via di somm. _____
necessità di : () presidi sanitari _____ richiesti () sì () no
 () ausili sanitari _____ richiesti () sì () no
è portatore di C.V.C.: () sì () no tipo: _____ medicazioni come da protocollo: () sì () no
 se no, con quali prodotti e frequenza: _____

Il paziente è a conoscenza della propria patologia? sì () no ()

Paziente con necessità di cure palliative sì () no () - **Se si:**
Indice di Karnofsky _____ **Scala numerica di valutazione del dolore** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pianificato trasferimento in struttura dedicata sì () no () - **Se si indicare tipologia, struttura e data**
Tipologia: () UOCP () ospedalizzazione domiciliare () Hospice
Struttura: () Domus Salutis () Orzinuovi (ASST della Franciacorta) () Gavardo (ASST del Garda)
 () Hospice Richiedei () Hospice Il Gabbiano - Ponteviso () Hospice RSA Passerini - Vestone
Data di trasferimento _____

Note

Data prevista per la dimissione protetta: _____

Operatore ospedaliero di riferimento/telefono _____

Data _____ Il/la Coordinatore Infermieristico _____ Il Medico _____

Da trasmettere all'Equipe di Valutazione Multidimensionale di residenza