



### Continuità assistenziale de-ospedalizzate

<b>Reparto di Degenze Ginecologiche</b> <b>Segnalato al Distretto n. <input type="checkbox"/> Sede _____ in data _____</b>
<b>Cognome _____ Nome _____</b> Luogo e data di nascita _____ Domicilio <sup>1</sup> _____ Tel. _____ C.R.A. _____ Telefono parenti/conoscenti (specificare) _____ MMG <sup>2</sup> _____ Data ingresso _____ Ricoveri precedenti _____ <b>DIAGNOSI:</b> _____ <b>INTERVENTO CHIRURGICO:</b> _____ in data _____
<b>SITUAZIONE SOCIALE:</b> Vive da solo <input type="checkbox"/> con coniuge/compagno <input type="checkbox"/> con figlio/parente <input type="checkbox"/> in struttura (specificare quale) <input type="checkbox"/> _____
<b>RETE PARENTALE:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> La rete è di supporto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>AIUTI ESTERNI:</b> Servizi Sociali Comunali (nominativo operatore) <input type="checkbox"/> _____ Volontariato <input type="checkbox"/> Altro (specificare) <input type="checkbox"/> _____
<b>STATO MENTALE:</b> Lucido <input type="checkbox"/> Collabora <input type="checkbox"/> E' confuso <input type="checkbox"/>
<b>DOLORE:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>PUNTEGGIO V.A.S</b> _____ <b>PESO:</b> _____ <b>P.A.:</b> _____ <b>SONNO:</b> Autonomo <input type="checkbox"/> Indotto <input type="checkbox"/>
<b>IGIENE:</b> Autonomo <input type="checkbox"/> Parz. aut. <input type="checkbox"/> Dipendente (specificare) <input type="checkbox"/> _____

<sup>1</sup> Per domicilio si intende anche la struttura protetta, la casa di riposo, i gruppi appartamento ecc.

<sup>2</sup> MMG è il medico di famiglia o medico di medicina generale dell'assistito

**ALIMENTAZIONE:** Autonomo  Parz. aut.  Dipendente (specificare)  \_\_\_\_\_  
**ASSUNZIONE FARMACI:** Autonomo  Parz. aut.  Dipendente (specificare)  \_\_\_\_\_  
**MOBILIZZAZIONE:** Autonomo  Parz. aut.  Dipendente (specificare)  \_\_\_\_\_  
**AUSILI UTILIZZATI:** (specificare)  \_\_\_\_\_  
**LESIONI DA PRESSIONE:** SI  NO  (Se SI: precedente al ricovero? SI  NO )  
**INCONTINENTE:** SI  NO  (Se SI: precedente al ricovero? SI  NO )  
**CATETERE VESCICALE:** SI  NO  (Se SI: precedente al ricovero? SI  NO )  
Data ultimo posizionamento catetere \_\_\_\_\_ Tipo di catetere \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MEDICAZIONE FERITA CHIRURGICA:** \_\_\_\_\_

**TRATTAMENTO ASSISTENZIALE E TERAPEUTICO DURANTE LA DEGENZA**

Terapia antalgica: \_\_\_\_\_ Terapia anticoagulante/antiaggregante: \_\_\_\_\_

Ultimo I.N.R.: \_\_\_\_\_ Eseguito in data: \_\_\_\_\_

**TRATTAMENTO PREVISTO A DOMICILIO – IPOTESI/PROPOSTE DI INTERVENTO**

**PRESIDI MEDICO-CHIRURGICI IN USO E/O CONSIGLIATI A DOMICILIO**

**OSSERVAZIONI SPECIALISTICHE**

**L'Infermiere di Reparto** \_\_\_\_\_  
**Telefono** \_\_\_\_\_

**PARTE RISERVATA AL DISTRETTO/ S.I.D.(Esito dell'intervento)**

**Data della prima valutazione dell'assistita** \_\_\_\_\_

*Preso in carico dal S.I.D.*  *Ricoverato in R.S.A.*

*Ricoverato in struttura protetta o polifunzionale*

*Ricoverato all'Hospice*  *Segnalato ai Servizi Sociali*  *Segnalato al D.S.M.*

*Segnalato al D.D.D.*  *Affidato al M.M.G. per follow-up*

*Trasferito in* \_\_\_\_\_ *Deceduto*

*Altro (specificare)*  \_\_\_\_\_

*Annotazioni*

---

---

---

***L'Infermiere di Distretto*** \_\_\_\_\_ ***Telefono*** \_\_\_\_\_

Scheda rielaborata da Trabona R, Longo A, Meriggi A, Penzo L (06/10/2015)