



## Continuità assistenziale de-ospedalizzati area MEDICA/SPECIALISTICA

Ospedale _____	Reparto _____	Piano <input type="checkbox"/>	Torre _____
Segnalato al Distretto n. <input type="checkbox"/>	Sede _____	In data _____	

Cognome _____	Nome _____
Luogo e data di nascita _____	
Domicilio <sup>1</sup> _____ Tel. _____	
Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> C.R.A. _____	
Telefono parenti/conoscenti (specificare) _____	
MMG <sup>2</sup> _____	
Data ingresso _____ Ricoveri precedenti _____	
<b>DIAGNOSI CHIRURGICA:</b> _____	
<b>INTERVENTO CHIRURGICO:</b> _____	
in data _____ c/o (reparto) _____	
<b>DIAGNOSI:</b>	
Diabete <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> <b>Scompenso Cardiaco</b> <input type="checkbox"/> (Classificazione N.Y.H.A. <input type="checkbox"/> )	
Broncopatia <input type="checkbox"/> Flebopatia <input type="checkbox"/> Neoplasia <input type="checkbox"/> Encefalo/neuropatia <input type="checkbox"/>	
Altro (specificare) <input type="checkbox"/> _____	

<b>PARTE RISERVATA AL DISTRETTO/ S.I.D. (Esito dell'intervento)</b>	
Data della prima valutazione dell'assistito _____	Abitante in microarea <input type="checkbox"/>
<b>PROVENIENTE DA STRUTT. POLIFUNZ. SI</b> <input type="checkbox"/> <b>QUALE</b> _____ <b>NO</b> <input type="checkbox"/>	
<b>PROVENIENTE DA STRUTT. PROTETTA SI</b> <input type="checkbox"/> <b>QUALE</b> _____ <b>NO</b> <input type="checkbox"/>	
Preso in carico dal S.I.D. <input type="checkbox"/> Ricoverato in R.S.A. <input type="checkbox"/> Ricoverato in strutt. protetta o polifunz. <input type="checkbox"/>	
Ricoverato all'Hospice <input type="checkbox"/> Segnalato ai Servizi Sociali <input type="checkbox"/> Segnalato al D.S.M. <input type="checkbox"/>	
Segnalato al D.D.D. <input type="checkbox"/> Affidato al M.M.G. per follow-up <input type="checkbox"/>	
Trasferito in _____ Deceduto <input type="checkbox"/>	
Altro (specificare) <input type="checkbox"/> _____ Annotazioni _____	
L'Infermiere S.I.D. _____ Telefono _____	

<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"/>	

<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



### Continuità assistenziale de-ospedalizzati area MEDICA/SPECIALISTICA

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

**DOLORE:** SI  NO  **PUNTEGGIO V.A.S.: 0 PESO:** \_\_\_\_\_ **P.A.:** \_\_\_\_\_

**SONNO:** Autonomo  Indotto

**IGIENE:** Autonomo  Parz. aut.  Dipendente (specificare)  \_\_\_\_\_

**ALIMENTAZIONE:** Autonomo  Parz. aut.  Dipendente (specificare)  \_\_\_\_\_

**ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE:** SI  NO  Tipo \_\_\_\_\_

**REGIME DIETETICO:** SI  NO  Tipo \_\_\_\_\_

**ASSUNZIONE FARMACI:** Autonomo  Parz. aut.  Dipendente (specificare)  \_\_\_\_\_

**MOBILIZZAZIONE:** Autonomo  Parz. aut.  Dipendente (specificare)  \_\_\_\_\_

**AUSILI UTILIZZATI:** Materasso antidecubito  Tipo \_\_\_\_\_  
Carrozzina  Stampelle  Altro (specificare)  \_\_\_\_\_

**ALVO:** Autonomo  Parz. aut.  Dipendente  **STOMIA:** SI  NO

**INCONTINENTE:** SI  NO  (Se SI: precedente al ricovero? SI  NO )

**DIURESI:** Autonomo  Parz. aut.  Dipendente  Incontinente da (data pres.) \_\_\_\_\_

**CATETERE VESCICALE:** SI  NO  (Se SI: precedente al ricovero? SI  NO )  
Data ultimo posizionamento catetere \_\_\_\_\_ Tipo di catetere \_\_\_\_\_  
Data e luogo eventuale prossimo controllo urologico \_\_\_\_\_

**PANNOLONE:** SI  NO  (Se SI: precedente al ricovero? SI  NO )

**LESIONI DA DECUBITO:** SI  NO  (Se SI: precedente al ricovero? SI  NO )

**ZONA E STADIO:** \_\_\_\_\_ **PUNTEGGIO NORTON:**

**TRATTAMENTO LESIONI:** \_\_\_\_\_

**MEDICAZIONE INTERVENTO:** \_\_\_\_\_

**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**

Responsabile Infermieristico \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_