

## Continuità assistenziale tra infermieri di comunità dei distretti e pronto soccorso

Rev. 01 26 febbraio 2009 (scrivere stampatello e trasmettere al SIA via fax 040.399.7182)

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

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ CRA \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Tel.n. \_\_\_\_\_

Num. telefonico parenti e/o conoscenti \_\_\_\_\_ Distr. n. \_\_\_\_\_

Motivo di accesso al PS															Segn.
Problemi cognitivi (G27) Diabete (DB4) Problemi di tipo respiratorio (G15) Problemi di tipo cardiocircolatorio (G29) Traumi e/o esiti di traumi (L03) Paziente terminale neoplastico (G18) Problemi di tipo neurologico (ictus, afasie, Tia, sclerosi multipla, Morbo di Parkinson) (N05) Paziente etilista (G22) Paziente tossicodipendente (G23) Altro (eliminazione, disidratazione, gestione catetere vescicale, sonda nutrizione entrale/parenterale, problemi socio-assistenziali) (G25)															
Contattati: Geriatria SI NO del Distr. n. _____ e preso in carico da:															
Care giver	Aiuto privato/badante	Volont.	PID	SID	AMB INF	SRD	DSM CSM	DDD	CCV	C. Oncol.	Strutt. Prot.	Poli funzion	Com alloggio	RSA	Hospice

Ricovero per sopraggiunte criticità cliniche o mancanza di risorse

Data \_\_\_\_\_ Firma (leggibile) infermiere \_\_\_\_\_ Distretto n. \_\_\_\_\_