

Continuità assistenziale ospedalizzati SID in area CHIRURGICA/SPECIALISTICA

Distretto n. <input type="checkbox"/> Sede _____
Inviato all'Ospedale _____ Reparto _____
Piano <input type="checkbox"/> Torre _____ In data _____

Cognome _____ Nome _____
Luogo e data di nascita _____
Domicilio ¹ _____ Tel _____
Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> C.R.A. _____
Telefono parenti/conoscenti (specificare) _____
MMG ² _____
Data ingresso _____ Ricoveri precedenti _____
DIAGNOSI CHIRURGICA: _____
INTERVENTO CHIRURGICO: _____
in data: _____ c/o (reparto): _____
DIAGNOSI:
Diabete <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Scompenso Cardiaco <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"/> _____
Motivo della presa in carico S.I.D _____

SITUAZIONE SOCIALE: 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"/> _____
RETE PARENTALE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> La rete è di supporto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
AIUTI ESTERNI: Servizi Sociali Comunali (nominativo operatore) <input type="checkbox"/> _____ Volontariato <input type="checkbox"/> Altro (specificare) <input type="checkbox"/> _____
STATO MENTALE: Lucido <input type="checkbox"/> Collabora <input type="checkbox"/> E' confuso <input type="checkbox"/>

Abitante in microarea

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

² MMG è il medico di famiglia o medico di medicina generale dell'assistito

Continuità assistenziale ospedalizzati SID in area CHIRURGICA/SPECIALISTICA

Cognome _____ **Nome** _____

DOLORE: SI NO **PUNTEGGIO V.A.S.:** _____ **PESO:** _____ **P.A.** _____

SONNO: Autonomo Indotto

IGIENE: 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 all'A.D. SI NO)

DIURESI: Autonomo Parz. aut. Dipendente Incontinente da (data pres.) _____

CATETERE VESCICALE: SI NO (Se SI: precedente all'A.D. SI NO)
 Data ultimo posizionamento catetere _____ Tipo di catetere _____
 Data e luogo eventuale prossimo controllo urologico _____

PANNOLONE: SI NO (Se SI: precedente all'A.D. SI NO)

LESIONI DA DECUBITO: SI NO (Se SI: precedente all'A.D. SI NO)

ZONA E STADIO: _____ **PUNTEGGIO NORTON:**

TRATTAMENTO LESIONI: _____

MEDICAZIONE INTERVENTO: _____

TRATTAMENTO ASSISTENZIALE E TERAPEUTICO IN S.ID _____

Terapia antalgica: _____ Terapia anticoagulante/antiaggregante: _____

Ultimo I.N.R.: _____ Eseguito in data: _____

OSSERVAZIONI SPECIALISTICHE:

Responsabile Infermieristico _____ Telefono _____