

Continuità assistenziale ospedalizzati SID in area MEDICA/SPECIALISTICA

Distretto n. Sede _____
Inviato all'Ospedale _____ Reparto _____
Piano Torre _____ In data _____

Cognome _____ **Nome** _____
Luogo e data di nascita _____
Domicilio¹ _____ Tel _____
Maschio Femmina C.R.A. _____
Telefono parenti/conoscenti (specificare) _____
MMG² _____
Data ingresso _____ Ricoveri precedenti _____
DIAGNOSI CHIRURGICA: _____
INTERVENTO CHIRURGICO: _____
in data: _____ c/o (reparto): _____
DIAGNOSI:
Diabete Cardiopatia **Scompenso Cardiaco** (**Classificazione N.Y.H.A.**)
Broncopatia Flebopatia Neoplasia Encefalo/neuropatia
Altro (specificare) _____
Motivo della presa in carico S.I.D _____

SITUAZIONE SOCIALE: Vive da solo con coniuge/compagno con figlio/parente
in struttura (specificare quale) _____
RETE PARENTALE: SI NO La rete è di supporto? SI NO
AIUTI ESTERNI: Servizi Sociali Comunali (nominativo operatore) _____
Volontariato Altro (specificare) _____
STATO MENTALE: Lucido Collabora E' confuso

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 MEDICA/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)

DIURESIS: 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 _____