

Servizio Dimissioni Protette CAD – Servizi Sociali Municipi

Scheda di segnalazione

Nome compilatore.....tel.....

Struttura di Ricovero ASL.....

Reparto..... Tel. Reparto.....

N° posto letto..... Data inizio ricovero/...../.....

Data Prevista Dimissione/...../.....

Nominativo Medico referente

Eventuale sostituto.....

DATI GENERALI PAZIENTE

Nome e Cognome..... Sesso: M F

Luogo di nascita..... data di nascita/...../.....

Indirizzo..... Tel.....

Nome parenti e/o conoscenti..... Tel.....

Medico curante..... Tel.....

SITUAZIONE SOCIO-ECONOMICA (sulla base di quanto riferito)

Reddito mensile: *Euro*..... Indennità di accompagnamento SI NO

Abitazione: Affitto: *Euro*..... Proprietà Usufrutto

Caratteristiche del domicilio: barriere architettoniche esterne SI NO

barriere architettoniche interne SI NO

Stato complessivo dell'abitazione: buono discreto scadente

vive solo vive con altri vive c/o struttura resid. Vive c/o RSA-lungodegenza senza fissa dimora

Figure di sostegno : nessuna familiari conoscenti/vicini ass. privata

Servizi di cui già usufruisce.....

.....

.....

CONDIZIONI DI SALUTE

Condizioni generali	<input type="checkbox"/> buone	<input type="checkbox"/> scadute	<input type="checkbox"/> molto scadute
Stato cognitivo	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> lievemente deteriorato	<input type="checkbox"/> deteriorato
Autonomia funzionale	<input type="checkbox"/> autosufficienza	<input type="checkbox"/> parziale autosufficiente	<input type="checkbox"/> non autosufficiente
Incontinenza	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (specificare tipologia)	
Diagnosi principale		
.....		
Eventuali diagnosi secondarie.....		
.....		

NECESSITA' TERAPEUTICHE – ASSISTENZIALI

Prescrizioni farmacologiche:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<i>Modalità di somministrazione:</i>	<input type="checkbox"/> non iniettiva	<input type="checkbox"/> iniettiva (specificare tipologia).....
Altre terapie	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<i>Necessità medicazioni</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<i>Riabilitazione (specificare)</i>	
<i>Altro (specificare)</i>	
Modalità nutrizionali	<input type="checkbox"/> autonome	<input type="checkbox"/> non autonome(specificare)
Indicazioni e raccomandazioni assistenziali		
<i>Utilizzo presidi/ ausili</i>	
.....	
<i>Altro</i>	

Valutazione complessiva sul caso:

- Impegno Assistenziale sanitario
- Impegno Assistenziale sociale
- Impegno Assistenziale Integrato

data

timbro e firma del medico