

## 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 .....