



CASA DI CURA PRIVATA
Villa Gemma
 Viale Zanardelli, 101 – 25083 Gardone Riviera (BS)
 Tel. 0365298000 – Fax 0365-290079



CASA DI CURA PRIVATA
Villa Barbarano
 Via Spiaggia d'Oro, 21 – 25087 Barbarano di Salò (BS)
 Tel. 0365298300 – Fax 0365-22292



**SCHEDA DI SEGNALAZIONE PER DIMISSIONE PROTETTA DA UTILIZZARE ANCHE PER
 SEGNALAZIONE DEGLI ASSISTITI CON NECESSITÀ DI CURE PALLIATIVE**

Cognome e nome del paziente _____

data di nascita _____ **residente a** _____

in via _____ **n.** _____ **tel.** _____

Medico di famiglia dott. _____

Familiare di riferimento (cognome, nome, n. telefonico) _____

Diagnosi medica di dimissione _____

DATI DI INQUADRAMENTO CLINICO-ASSISTENZIALE

- percezione della realtà:** confuso vigile disorientato
- respirazione:** normale patologica _____
- alimentazione** normale S.N.G. N.P.T. altro _____
- eliminazione intestinale:** normale stipsi diarrea incontinenza
- stomia tipo _____ frequenza di gestione _____
- eliminazione urinaria:** normale incontinenza guaina esterna pannolone
- catetere vescicale; tipo _____ calibro ____ sostituito il _____
- stomia tipo _____ frequenza di gestione _____
- mobilizzazione:** attiva fuori dal letto attiva fuori dal letto con ausili
- attiva nel letto completamente passiva
- riposo e sonno:** normale patologico _____
- vestirsi e spogliarsi:** autosufficiente non autosufficiente
- igiene personale:** autosufficiente non autosufficiente aiuto da parte di _____
- comunicazione:** mantenuta compromessa _____
- lesioni cutanee:** no sì tipo _____
- sede _____ medicazioni con _____
- terapia del dolore:** farmaci _____

posologia _____ via di somm. _____

necessita di : presidi sanitari _____ richiesti sì no

ausili sanitari _____ richiesti sì no

è portatore di C.V.C.: sì no tipo: _____ medicazioni come da protocollo: sì no

se no, con quali prodotti e frequenza: _____



CASA DI CURA PRIVATA

Villa Gemma

Viale Zanardelli, 101 – 25083 Gardone Riviera (BS)
Tel. 0365298000 – Fax 0365-290079



CASA DI CURA PRIVATA

Villa Barbarano

Via Spiaggia d'Oro, 21 – 25087 Barbarano di Salò (BS)
Tel. 0365298300 – Fax 0365-22292



Il paziente è a conoscenza della propria patologia?

sì () no ()

BISOGNI SOCIALI RILEVATI DURANTE IL RICOVERO

Colloquio avvenuto il _____

Vive con Solo Coniuge Figli Badante
 Altro _____

Invalidità SI _____ % **In corso dal** _____

Indennità di accompagnamento SI _____ % **In corso dal** _____

Servizi erogati Sociali Comune _____ Sanitari ASL _____

SERT CPS Altro _____

Servizi attivati

Territoriali:

SAD _____ ADI _____

Residenziali:

Hospice
 Riabilitazione: Geriatrica Respiratoria Motoria Cardiologica Neurologica
 RSA RSA (sollevio)

Paziente con necessità di cure palliative sì () no () - **Se si:**

Indice di Karnofsky _____ **Scala numerica di valutazione del dolore** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pianificato trasferimento in struttura dedicata sì () no () - **Se si indicare tipologia, struttura e data**

Tipologia: () UOCP () ospedalizzazione domiciliare () Hospice

Struttura: () Domus Salutis () Orzinuovi (ASST della Franciacorta) () Gavardo (ASST del Garda)

() Hospice Richiedei () Hospice Il Gabbiano - Pontevecchio () Hospice RSA Passerini - Vestone

Note

Data prevista per la dimissione protetta: _____

Operatore ospedaliero di riferimento/telefono _____

Data **Il/la Caposala** **Il Medico**

Si prega di scrivere in stampato ed in modo leggibile