

**SCHEMA DI SEGNALAZIONE PER I SERVIZI DI RETE
E PER L'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO**

DATA DI RICEVIMENTO / _____ /

FASCICOLO N° _____ / _____

Da compilare sempre a cura del segnalante DATA DI SEGNALAZIONE | _____ |

Da compilare solo in caso di segnalazione di ricoverato in struttura ospedaliera o residenziale

DATA DI RICOVERO | _____ | DATA PREVISTA DI DIMISSIONE | _____ |

DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO

COGNOME NOME _____ C.R.A. | _____ |

DATA DI NASCITA | _____ | COMUNE DI RESIDENZA _____

DOMICILIO ATTUALE _____

PERSONA DI RIFERIMENTO _____ TEL. _____

MEDICO DI MEDICINA GENERALE _____

RELIGIONE _____

OPERATORE SOCIO-SANITARIO CHE HA COMPILATO LA SCHEDA

COGNOME NOME _____

MEDICO DI MEDICINA GENERALE DELL'ASSISTITO (NOME) _____

U.O./ SERVIZIO _____ SEDE _____

QUALIFICA PROFESSIONALE _____

ALTRI (SPECIFICARE) _____

TEL. _____ contattabile dalle ore _____ alle ore _____

L'ASSISTITO FRUISCE DI: nessun servizio formale servizio sociale servizio assistenza domiciliare sanitaria
R.S.A. residenza per anziani dipartimento salute mentale dipartimento dipendenze servizio ospedaliero
altro _____

PATOLOGIE IN ATTO (al primo posto indicare la prevalente che ha determinato la segnalazione ICD

- | | |
|---------|---------|
| 1. | _ _ _ _ |
| 2. | _ _ _ _ |
| 3. | _ _ _ _ |
| 4. | _ _ _ _ |
| 5. | _ _ _ _ |
| 6. | _ _ _ _ |

VALUTAZIONE MEDICO-CLINICA

STATO DI NUTRIZIONE	BUONO	DISCRETO	SCADUTO	DEAMBULAZIONE SI NO
STATO DI IDRATAZIONE	BUONO	DISCRETO	SCADUTO	ALLETTATO SI NO
CUTE NORMALE LESIONI DA DECUBITO _____				
APP LINFOGHIANDOLORE NORMALE <input type="checkbox"/> PATOLOGICO _____				
CAPO-COLLO NORMALE PATOLOGICO _____				
TIROIDE <input type="checkbox"/> NORMALE ___ PATOLOGICA _____				
CUORE NORMALE PATOLOGICO _____			PA _____	Fc _____ R/A
APP VASCOLARE VENOSO <input type="checkbox"/> NORMALE PATOLOGICA _____				
APP VASCOLARE ARTERIOSO <input type="checkbox"/> NORMALE PATOLOGICA _____				
TORACE <input type="checkbox"/> NORMALE PATOLOGICO _____			DISPNEA SI NO	
ADDOME <input type="checkbox"/> NORMALE PATOLOGICO _____				
FEGATO <input type="checkbox"/> NORMALE				
PATOLOGICO _____ B _____				
APP MUSCOLOSCELETRICO <input type="checkbox"/> NORMALE PATOLOGICO _____				
SNC NORMALE PATOLOGICO _____				
PSICHE <input type="checkbox"/> NORMALE PATOLOGICA _____				
APP. URO-GENITALE NORMALE PATOLOGICO _____				
APP. ENDOCRINO NORMALE PATOLOGICO _____				
ORGANI DI SENSO (VISTA UDITO FAVELLA) NORMALE PATOLOGICO _____				

SCALA DI STABILITÀ / INSTABILITÀ CLINICA (da compilarsi a cura del medico)

- A. stabile:** soggetto senza nessun particolare problema, o con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico ad intervalli superiori a 60 giorni
- B. moderatamente stabile:** soggetto con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico ad intervalli di 30-60 giorni
- C. moderatamente instabile:** soggetto con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese, ma meno di una volta la settimana
- D. instabile:** soggetto con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico presumibilmente una o più di una volta/settimana, ma non quotidiano
- E. molto instabile:** soggetto con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico quotidiano
- F. acuzie:** soggetto con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico pluriquotidiano

RILEVAZIONE DOLORE Numeric Rate Scale: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (barrare il valore)



0 = assente



2 = lieve



4 = moderato



6 = medio



8 = forte



10 = intollerabile

BISOGNI/PROBLEMI	
<i>barrare una o più voci</i>	
SOCIALI	
INFERMIERISTICI	
RIABILITATIVI	
MEDICO-SPECIALISTICI	
PAZIENTE CHE NECESSITA DI	
CURE PALLIATIVE	
AUSILI / PRESIDI	
STRUTTURA PROTETTA O ALTRA SITUAZIONE TUTELARE	

Autosufficienza precedente all'evento motivo della segnalazione

- Totalmente autosufficiente
 Parzialmente autosufficiente
 totalmente non autosufficiente

TERAPIA/PROGRAMMA IN ATTO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<hr/> <hr/>

DATA

FIRMA
