Allegato 2

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Presidio Ospedaliero Nord
Ospedali di Mirandola e Finale Emilia

SCHEDA DI SEGNALAZIONE PER DIMISSIONE PROTETTA

Unità Operativa di: _____

Per il sig./ra_____ Data di nascita_____

residente a_____recapito telefonico:_____

□ Senza fissa dimora

INDICAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO DI NON AUTOSUFFICIENZA

□ Vive solo/a □ Ricoveri/Accessi ripetuti

□ Grande senilità (> 85 anni)

□ Cattive condizioni igieniche e/o abitative

□ Già conosciuto ai servizi socio-sanitari

□ Difficoltà nella erogazione dell'assistenza

□ Socialmente isolato : -mancanza di parenti vicini -mancanza di vicinato

-rifiuto di relazioni sociali

□ Malnutrizione/Disidratazione

□ Patologie gravemente invalidanti, *specificare*:……

……

……

□ Gravi problemi di motilità

□ Depressione

□ Disturbi del comportamento/Problemi psichiatrici

□ Demenza

Inviato dal MMG (DR…….) **□ SI** **□ NO**

CON SCHEDA DI ACCESSO: **□ SI** **□ NO**

Il Medico dell' Unità Operativa *Il/la Caposala dell'Unità Operativa*