



DIMISSIONE PROTETTA n _____ **ANNO** _____

DIMISSIONI PROTETTE

SCHEDA VALUTAZIONE FUNZIONALE/ ANALISI DEL BISOGNO

COGNOME E NOME _____

NATO IL _____ **RESIDENTE A** _____

DOMICILIATO A _____

VIA _____ **TEL.** _____

MEDICO CURANTE _____ **TEL.** _____

SEGNALAZIONE IN DATA _____ **DIMISSIONE PREVISTA IN DATA** _____

SEGNALAZIONE PER PROBLEMI sanitario sociosanitario sociale

DAL REPARTO DI Medicina Chirurgia Ortopedia Altro _____

Pneumologia Cardiologia Fisiatria Astanteria/PS Lungodegenza

MIR.

DATA 1° VISITA IN REPARTO _____

FIN.

DIAGNOSI _____

VALUTAZIONE FUNZIONALE

ANALISI DEL BISOGNO

1) CAPACITA' DI MOVIMENTO

- cammina autonomamente
- cammina con bastone o altro supporto
- cammina con l'aiuto di un'altra persona
- seduto su carrozzina
- allettato
- altro _____

1) AUSILI INERENTI LA FUNZIONE MOTORIA PRESCRITTI DALLO SPECIALISTA

- stampella
- tripode o quadripode
- deambulatore
- sollevatore
- carrozzina rigida imbottita
- carrozzina pieghevole
- letto ortopedico
- sponde per letto ortopedico
- materasso antidecubito

2) CONTROLLO DEGLI SFINTERI

- controllo completo
- incontinenza urinaria episodica
- incontinenza urinaria notturna
- incontinenza urinaria diurna
- portatore di catetere a permanenza
- incontinenza totale

2) AUSILI PER INCONTINENZA

- catetere
- pannoloni
- traverse
- sacche per colo-urostomia
- altro _____

3) PIAGHE

- assenti
 - piaghe da decubito superficiali (1° e 2° grado)
 - piaghe da decubito profonde (3° e 4° grado)
 - altre piaghe o suture che necessitano di medicazione (specificare)
- _____

3) NECESSITA' DI MEDICAZIONI

SI NO

sede della
medicazione _____

—

4) ALIMENTAZIONE

- indipendente
- deve essere imboccato
- con sonda o parenterale
- necessita del servizio pasti

4) ASSISTENZA PER L'ALIMENTAZIONE

- servizio pasti SAD
- assistenza dei familiari per essere imboccato
- assistenza medico/infermieristica
- per alimentazione enterale
- per alimentazione parenterale

5) IGIENE PERSONALE E ABBIGLIAMENTO

- autonomo
 - necessita di aiuto e/o supervisione
 - altro _____
- _____
-

5) ASSISTENZA PER IGIENE PERSONALE E ABBIGLIAMENTO

- la famiglia riesce a provvedere completamente
- deve essere lavato e vestito
- la famiglia necessita di aiuto per l'igiene personale e l'alzata
- la famiglia necessita di aiuto per il bagno

6) SITUAZIONE FAMILIARE

Componenti la famiglia

Grado di

parentela _____ anni _____

_____ anni _____

-

_____ anni _____

- famiglia collaborante ed in grado di fornire assistenza
- famiglia che necessita di aiuto per la cura del paziente
- famiglia incapace o non collaborante
- senza famiglia o amici

ALTRE SITUAZIONI DA SEGNALARE

NOTE

sanitarie _____

sociali _____

Il case-manager Dimissioni Protette

ESITO DELLA DIMISSIONE PROTETTA

▲ **SEGNALAZIONE AL MMG**

▲ **ASSISTENZA INFERMIERISTICA** per _____

▲ **ASSISTENZA SOCIALE** per _____

▲ **ADI L.R. 5/94**

▲ **ADI/ADP**

▲ **NODO**

▲ **UVG**

▲ **UVAR**

▲ **CENTRO DIURNO**

▲ **CASA PROTETTA**

▲ **RSA**

▲ **ASSEGNO DI CURA**

▲ **PRESCRIZIONE PRESIDI**

▲ **ALTRO** _____
