

***SCHEDA 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 LINFOGHIANDOLEARE 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:

---



---



---



---



---



---

DATA .....

FIRMA

---