

	<b>SEGNALAZIONE DIMISSIONI PROTETTE</b>	<b>MOD. 15</b>
---	---	----------------

**Al Direttore Responsabile del Distretto Sanitario \_\_\_\_\_/Al Coordinatore Sanitario**

La Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero \_\_\_\_\_

### CHIEDE

l'attivazione dell'Unità Valutativa Integrata Distrettuale per le dimissioni protette del/della

**Sig./Sig.ra** \_\_\_\_\_ **nato/a a** \_\_\_\_\_

**il** \_\_\_\_\_ **Codice Fiscale** \_\_\_\_\_

**Residente a** \_\_\_\_\_ **in Via** \_\_\_\_\_

**seguito/a dal Medico di Medicina Generale Dott.** \_\_\_\_\_

**telefono** \_\_\_\_\_ **cellulare** \_\_\_\_\_

**attualmente ricoverato presso il Reparto di** \_\_\_\_\_

**per l'accesso alla rete dei seguenti servizi socio-sanitari (barrare solo una casella)**

1 ACCOGLIENZA CURE DOMICILIARI

2 ACCOGLIENZA TEMPORANEA CON FINALITA' RIABILITATIVE

3 ACCOGLIENZA TEMPORANEA CON FINALITA' SOCIALI

5 SERVIZI A SOSTEGNO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

6 HOSPICE

7 S.U.A.P.

8 ALTRO: \_\_\_\_\_

Richiamato quanto sopra, il sottoscritto dichiara sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del DPR 445/2000:

1. che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e delle informazioni in essa contenute;

2. di aver ricevuto copia e di accettare quanto contenuto nel modulo di informativa relativo al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 della D. Lgs. 196/2003;

3. di essere consapevole che dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, cartacei, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003;

4. di indicare, quale persona di riferimento, per comunicazioni:

il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

residente \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

5. di essere a conoscenza che qualora l'ufficio preposto debba fare comunicazioni relative all'esito della presente domanda, la stessa avverrà **tramite comunicazione scritta** alla persona di riferimento, a garanzia di trasparenza e tutela nei confronti della S.V.;

6. di essere a conoscenza che la mancata accettazione al trattamento dei dati personali per le finalità connesse alla domanda relativa al presente modulo comporta la non valutazione della stessa.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Espressione del consenso al trattamento dei dati sensibili ai fini del Decreto Legislativo n. 196/03 e succ. mod.**

Il/la \_\_\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (interessato)

consente che i **propri dati anagrafici e/o sensibili e/o relativi allo stato di salute** vengano comunicati ad altri soggetti indispensabili alla conclusione del procedimento (Medico di Medicina Generale, Case di Riposo, Comuni o altri Enti Pubblici, altre Aziende Sanitarie...) e per gli adempimenti di legge

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Consenso reso da chi esercita legalmente la potestà', prossimo congiunto, familiare o convivente**

Il consenso di cui sopra, ai sensi dell'art. 13 e dell'art. 24, comma e) del D.lgs. n. 196/2003 e succ.mod. è reso dal sig/ra

il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

residente \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## Parte Clinica

### DIAGNOSI DI DIMISSIONE

---

---

### DATA PRESUNTA DI DIMISSIONE

---

### FAMILIARE DI RIFERIMENTO

---

N. DI TELEFONO DEL FAMILIARE \_\_\_\_\_

MEDICO DI U.O. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

COORDINATORE DI U.O. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

### DATI DI INQUADRAMENTO CLINICO-ASSISTENZIALE:

percezione della realtà: ☐ confuso ☐ vigile ☐ disorientato

respirazione: ☐ normale ☐ patologica ☐ altro

---

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 \_\_\_\_\_

mobilitazione: ☐ 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 aiuto da parte di \_\_\_\_\_

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 somministrazione \_\_\_\_\_

necessita di presidi sanitari ☐ no ☐ sì

specificare \_\_\_\_\_

necessita di ausili sanitari ( ) no ( ) si specificare \_\_\_\_\_

è portatore di C.V.C.: ( ) no ( ) si tipo: \_\_\_\_\_

medicazioni come da protocollo: ( ) sì ( ) no se no, con quali prodotti e frequenza: \_\_\_\_\_

Il paziente è a conoscenza della propria patologia? sì ( ) no ( )

### **Proposte di Setting Assistenziale**

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

Indice di Karnofsky \_\_\_\_\_

Scala numerica di valutazione del dolore 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

(barrare con una X)

Tipologia di setting assistenziale:

- Cure Palliative ( )
- Hospice ( )

Note \_\_\_\_\_

### **Paziente non terminale**

Tipologia di setting assistenziale:

- Cure Domiciliare I livello ( )
- Cure Domiciliare II livello ( )
- Cure Domiciliare III livello ( )
- Cure Palliative ( )
- RSA ( )
- SUAP ( )
- Ospedale di Comunità' ( )

Altro \_\_\_\_\_

Data prevista per la dimissione protetta: \_\_\_\_\_

Operatore ospedaliero di riferimento/telefono \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Il/la Caposala \_\_\_\_\_ Il Medico \_\_\_\_\_

Da spedire alla PUA o alla Direzione del Distretto di competenza.

I numeri di telefono sono disponibili sulla home page dell'ASL NA1 Centro.

Si prega di scrivere in stampato ed in modo leggibile

Data \_\_\_\_\_

Firma e timbro del Medico