



ASP  
RAGUSA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

**All. 1**

**Al P. U. A. del Distretto Sanitario di .....**  
**Comune di .....**

- INSERIMENTO IN TRATTAMENTO RIABILITATIVO AMBULATORIALE**
- INSERIMENTO IN STRUTTURE SOCIORIABILITATIVE:**     **Semiresidenziale**         **Residenziale**
- INSERIMENTO IN RSA .....**
- INSERIMENTO IN HOSPICE**
- INSERIMENTO IN ADI (assistenza domiciliare Integrata)**
- INSERIMENTO IN CURE PALLIATIVE**
- SERVIZIO TRASFUSIONALE A DOMICILIO**
- INSERIMENTO IN CURE RIABILITATIVE**
- INSERIMENTO IN AGI (Ambulatori Gestione Integrata dedicati Cronici)**
- FOLLOW-UP M.M.G.**

**1. Dati riferiti alla persona di cui si chiede l'inserimento**

Generalità \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Ricoverato dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cod. fiscale:

Nominativo del medico di medicina generale \_\_\_\_\_

**2. Dati del richiedente:**

- Diretto interessato ( si vedano i dati del punto 1 )**
- Parente ( indicare i dati del parente ) Rapporto di parentela \_\_\_\_\_**

Generalità \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**Medico curante Dr. \_\_\_\_\_**

**U.O. Ospedaliera: \_\_\_\_\_**

**Assistente Sociale Comune di \_\_\_\_\_**

**Struttura Residenziale \_\_\_\_\_**

**P.P.I. \_\_\_\_\_**

Se la richiesta d'inserimento è presentata da persona diversa dall'interessato o da un parente responsabile, il richiedente dichiara di avere già ottenuto il consenso preventivo all'inserimento da parte di questi ultimi.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma del Richiedente \_\_\_\_\_

Acconsento al trattamento dei dati personali per le finalità connesse alla richiesta, con le modalità di cui al DLgs 196/2003 e alla comunicazione degli stessi agli enti socio sanitari interessati.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## SCHEDA SANITARIA

ASSISTITO.....nato a.....il.....

### CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE

- **STATO DI COSCIENZA**     orientato     disorientato     coma
- **RESPIRAZIONE**             autonoma     ventilazione     assistita meccanica  
 Ossigeno : \_\_\_\_\_
- **PAZIENTE COLLABORANTE**     SI     NO
- **DEAMBULAZIONE AUTONOMA**     SI     NO
- **ALIMENTAZIONE**     autonoma     sondino nasogastrico     TPN     PEG  
 altro (specificare) \_\_\_\_\_
- **CONTINENZA URINARIA**             SI     NO             Pannolini  
 Catetere vescicale tipo \_\_\_\_\_ posizionato il \_\_\_\_\_  
 altri dispositivi utilizzati: \_\_\_\_\_
- **CONTINENZA FECALE**             SI     NO
- **EVACUAZIONE SPONTANEA**     SI     NO  
specificare le modalità \_\_\_\_\_
- **PORTATORE DI STOMIA**             NO     SI  
(modello e misura) \_\_\_\_\_
- **PRESENZA DI ACCESSO VENOSO CENTRALE**     NO     SI (tipo e gestione) \_\_\_\_\_
  
- **LESIONI DA DECUBITO**     NO     SI Sede e grado \_\_\_\_\_

### PREVISIONE BISOGNI ASSISTENZIALI PER LA DIMISSIONE:

**AUSILI/PROTESI** \_\_\_\_\_

**MEDICAZIONI** – Tipo \_\_\_\_\_

Frequenza prevedibile \_\_\_\_\_

**DIAGNOSI:** \_\_\_\_\_

**TERAPIA CONSIGLIATA:** \_\_\_\_\_

N° riferimento Fax

<b>Il Coordinatore Infermieristico</b> (timbro e firma)	<b>Timbro della U.O.C.</b>	<b>Il Dirigente Medico</b> ( timbro e firma)
--	----------------------------	---

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_