

**MODULO DI SEGNALAZIONE DIMISSIONE "Protetta"**  
**(da inviare all'Ufficio Territoriale)**

SEMPLICE   
COMPLESSA

Cure Domiciliari integrate ADI  Cure Palliative Domiciliari  RSA  Hospice  SUAP

**Data segnalazione** \_\_\_\_\_ *(da effettuare almeno 3 gg. lavorativi prima della dimissione)*

**Presidio/Azienda Ospedaliera:** \_\_\_\_\_ **data di ricovero** \_\_\_\_\_  
**U.O. di ricovero** \_\_\_\_\_  
**Medico referente:** \_\_\_\_\_ **tel.** \_\_\_\_\_

<b>PAZIENTE:</b> Cognome	Nome	Età
Luogo e data di nascita	Codice Fiscale	
Domicilio	Via	
Residenza (se diversa dal domicilio)	ASP (se diversa dall'ASP PA)	
Telefono	Cellulare	
<b>Persona di riferimento:</b>	Telefono	
	Cellulare	
<b>Medico di Medicina Generale</b> <b>Dott.</b>	Telefono	
	Cellulare	

**Diagnosi e patologie concomitanti:**

**Prestazioni necessarie:**

<input type="checkbox"/> Gestione catetere vescicale	<input type="checkbox"/> Medicazioni ferita chirurgica Complicata	<input type="checkbox"/> Terapia antalgica
<input type="checkbox"/> Gestione stomie	<input type="checkbox"/> Medicazioni ulcere	<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia a lungo termine
<input type="checkbox"/> Terapia infusione	<input type="checkbox"/> SNG /PEG	<input type="checkbox"/> Gestione catetere centrale
<input type="checkbox"/> Nutrizione artificiale	<input type="checkbox"/> Fisioterapia	<input type="checkbox"/> Tracheostomia
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____		<input type="checkbox"/> Consulenza Team Nutrizionale Territoriale (TNT)

**Si allega relazione sanitaria e SVAMA** (solo in caso di Dimissione Protetta Complessa)  **Valutazione dolore con Scala NRS** (scala numerica da 0 a 10)

**Valutazione stato Nutrizionale con Scala MNA** (scala numerica da 0 a 30)  **Necessita di interventi sociali**  SI  NO

*Firmando la presente Lei dichiara di acconsentire al trattamento dei propri dati personali e sensibili*  
Firma dell'Assistito o familiare \_\_\_\_\_ Firma e timbro del Medico Referente o delegato \_\_\_\_\_