



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

**RICHIESTA inviata da**  **MMG**  **U.O. Ospedaliera**  **Diretto Interessato o suo delegato, per:**

- INSERIMENTO IN TRATTAMENTO RIABILITATIVO AMBULATORIALE**
- INSERIMENTO IN STRUTTURE SOCIORIBABILITATIVE:**  **Semiresidenziale**  **Residenziale**
- INSERIMENTO IN RSA:**  **RSA RAGUSA**  **RSA COMISO**  **RSA SCICLI**  **RSA CONVENZIONATA**
- INSERIMENTO IN HOSPICE**
- INSERIMENTO IN ADI** (assistenza domiciliare Integrata)
- 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 o suo delegato \_\_\_\_\_

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 del Richiedente o suo delegato \_\_\_\_\_

## SCHEDA SANITARIA

ASSISTIT\_\_ .....nat\_ 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><br>(timbro e firma) | <b>Timbro della U.O.C.</b> | <b>Il Dirigente Medico e/o</b><br><b>Il Medico di Base</b><br>( timbro e firma) |
|--|----------------------------|---|

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_