

REGIONE PIEMONTE

ASL N. DISTRETTO N.

SCHEDA DI DIMISSIONE DOMICILIARE

DIARIO CLINICO DI CURE DOMICILIARI N.

Tipologia di Cure Domiciliari (1)

Assistito

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Comune di Nascita

Provincia di Nascita

Data di nascita

Sesso

Residenza Anagrafica

Regione di residenza

Comune di residenza

Indirizzo

Provincia di residenza

Cittadinanza

ASL di residenza dell'assistito

Luogo di erogazione dell'assistenza (se diverso dalla residenza)

Comune

Indirizzo

Data di presa in carico

Data Dimissione

Provenienza assistito (2)

Motivo di Dimissione (3)

Codice regionale MMG/PLS

Colore sanitario alla presa in carico

DIAGNOSI PRINCIPALE (ICD IX - CM)

giornate di effettiva assistenza UOCP

DIAGNOSI SECONDARIE

PESO TOTALE

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
(Timbro e firma)

ALLEGATO 3

REGIONE PIEMONTE

ASL N.

DISTRETTO N.

SCHEDA DI DIMISSIONE DOMICILIARE

DIARIO CLINICO DI CURE DOMICILIARI N.

Tipologia di Cure Domiciliari (1)

Assistito

Cognome
 Nome
 Codice Fiscale
 Comune di Nascita
 Provincia di Nascita
 Data di nascita
 Sesso

Residenza Anagrafica

Regione di residenza
 Comune di residenza
 Indirizzo
 Provincia di residenza
 Cittadinanza

Luogo di erogazione dell'assistenza (se diverso dalla residenza)

ASL di residenza dell'assistito

Comune
 Indirizzo

Data di presa in carico

Data Dimissione

Provenienza assistito (2)

Motivo di Dimissione (3)

Codice regionale MMG/PLS

Colore sanitario alla presa in carico

DIAGNOSI PRINCIPALE (ICD IX - CM)

DIAGNOSI SECONDARIE

PESO TOTALE

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
 (Timbro e firma)

ALLEGATO 3

REGIONE PIEMONTE

ASL N. DISTRETTO N.

SCHEDA DI DIMISSIONE DOMICILIARE

DIARIO CLINICO DI CURE DOMICILIARI N.

Tipologia di Cure Domiciliari (1)

Assistito

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Comune di Nascita

Provincia di Nascita

Data di nascita

Sesso

Residenza Anagrafica

Regione di residenza

Comune di residenza

Indirizzo

Provincia di residenza

Cittadinanza

ASL di residenza dell'assistito

Luogo di erogazione dell'assistenza (se diverso dalla residenza)

Comune

Indirizzo

Data di presa in carico

Data Dimissione

Provenienza assistito (2)

Motivo di Dimissione (3)

Codice regionale MMG/PLS

Colore sanitario alla presa in carico

Ente gestore dei servizi sociali

Colore sociale alla presa in carico

DIAGNOSI PRINCIPALE (ICD IX - CM)

Peso sociosanitario di lungo assistenza

DIAGNOSI SECONDARIE

PESO TOTALE

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
(Timbro e firma)

ALLEGATO 3

LEGENDA

1

- 1 ADI
 - 2 ADP
 - 3 SID
 - 4 ADI+UOCP
 - 5 LUNGOASSISTENZA
-

2

- 1 CASA
 - 2 OSPEDALE PER ACUTI *2.1 Dimissione protetta Sì*
2.2 Dimissione protetta No
 - 3 OSPEDALE LUNGODEGENZA/CASA DI CURA
 - 4 STRUTTURA RESIDENZIALE
 - 5 PRONTO SOCCORSO
 - 6 ALTRA TIPOLOGIA DI CURE DOMICILIARI *6.1 ADI* *6.4 ADI + UOCP*
6.2 ADP *6.5 ALTRO*
6.3 SID *6.6 LUNGOASSISTENZA*
-

3

- 1 Guarigione/Obiettivo raggiunto
 - 2 Istituzionalizzazione definitiva in RSA/RAF
 - 3 Ricovero temporaneo in RSA/RAF
 - 4 Trasferimento in altra ASL
 - 5 Ricovero ospedaliero
 - 6 Rinuncia da parte MMG/PLS
 - 7 Rinuncia da parte dell'assistito
 - 8 Rinuncia da parte del Servizio
 - 9 Trasferimento in altra Tipologia di Cure domiciliari *9.1 ADI* *9.4 ADI + UOCP*
9.2 ADP *9.5 ALTRO*
9.3 SID *9.6 LUNGOASSISTENZA*
 - 10 Trasferimento in Hospice
 - 11 Decesso
-