

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DIMISSIONE PEDIATRICA

Struttura Ospedaliera di Provenienza:

U.O. Ospedaliera.....Telefono.....
 Medico referenteTel.....
 Coordinatore Infermieristico.....Tel.....
 Assistente sociale ospedaliera di riferimentoTel.....

COGNOME.....NOME.....
 NATO IL.....A.....
 COD FISC.....
 RESIDENTE.....VIA.....n°.....Piano.....
 Telefono.....
 DOMICILIO se diverso dalla Residenza.....
 STRANIERO REGOLARE.....STRANIERO IRREGOLARE.....
 Cognome sul campanello.....
 PdF/ MMG.....Tel.....
 CONTATTATO SI NO
 PEDIATRIA OSPEDALIERA DI RIFERIMENTO TERRITORIALE.....
 MEDICO REFERENTE.....TEL.....
 SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE DI RIFERIMENTO
 CONTATTATO SI NO
 ASSISTENTE SOCIALE DI RIFERIMENTO.....TEL.....

MADRE Nome e Cognome.....Età.....
 Nazionalità.....Professione.....
 STRANIERO REGOLARE.....STRANIERO IRREGOLARE.....
 PADRE Nome e Cognome.....Età.....
 Nazionalità.....Professione.....
 STRANIERO REGOLARE.....STRANIERO IRREGOLARE.....
 Altri familiari CONVIVENTI.....
 Altre persone CONVIVENTI.....
 Altre persone di
 riferimento.....
 ALTRI ELEMENTI DI SUPPORTO.....

SINTESI ANAMNESTICA e CLINICA

AUSILI E PRESIDI DA RICHIEDERE NO SI (Specificare quali)

.....
.....
.....
.....
.....

RESPIRO AUTONOMO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	OSSIGENOTERAPIA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
VENTILAZIONE ASSISTITA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
INVASIVA.....	NON INVASIVA.....				
SUPERIORE 16 ORE.....	INFERIORE 16 ore.....				
CATETERE VESCICALE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> a permanenza	<input type="checkbox"/> a intermittenza	
TRACHEOSTOMIA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
STOMIA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	TIPO.....		
DRENAGGI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	TIPO.....		
C.V.C.	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	TIPO.....		
TERAPIA DEL DOLORE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI			
	<input type="checkbox"/> POMPA	<input type="checkbox"/> ELASTOMERO	<input type="checkbox"/> ALTRO.....		
.....					
NUTRIZIONE ENTERALE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI			
<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> ALTRO.....			
NUTRIZIONE PARENTERALE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI			
MEDICAZIONI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	lesione e sede.....		
.....					
INTERVENTO RIABILITATIVO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI			
.....					
.....					

INTERVENTI PREVISTI PER LA GESTIONE AL DOMICILIO:

-
-
-
-

○

E' SEGUITO ANCHE DA ALTRI CENTRI/AMBULATORI SPECIALISTICI ? NO SI
quali.....

VALUTAZIONE SOCIALE

PROVVEDIMENTI TRIBUNALE MINORENNI :

NUCLEO FAMILIARE GIA' IN CARICO AI SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI ,
nome dell'operatore.....tel.....

NUCLEO FAMILIARE SEGUITO DA ALTRI SERVIZI TERRITORIALI

PROBLEMATICHE LEGATE ALLE CONDIZIONI ABITATIVE

PROBLEMATICHE LEGATE AI TRASPORTI

PROBLEMATICHE LEGATE ALLA COMPrensIONE LINGUISTICA

DOMANDA INOLTRATA PER RICONOSCIMENTO INVALIDITA' SI NO
CON QUALE ESITO.....

DOMANDA INOLTRATA PER RICONOSCIMENTO SITUAZIONE DI GRAVITA' LEGGE 104/92
SI NO CON QUALE ESITO

ALTRO

Data Firma del Direttore S.C.....

Firma dell'Assistente Sociale

Firma del Coordinatore Infermieristico U.O.....