
ID SCHEDA: _____

SEZIONE 2 - COMPETENZE INFERMIERISTICHE

IN CARICO AI SERVIZI

- ☐ Assistenza infermieristica domiciliare
☐ Assistenza Sociale
☐ SerT (Tossicodipendenze)
☐ Centro Salute Mentale
☐ Servizio di Psicologia
☐ Altro: _____

NOTE INFERMIERISTICHE

Si richiede valutazione medica per visita:

- ☐ Prescrizione farmaci quotidiani per patologie croniche
☐ Pediatrica
☐ Infettivologica
☐ Psicologica
☐ Altro: _____

PATOLOGIE IN CORSO

- ☐ Intolleranze Alimentari, Farmaci/Allergie _____
☐ Nefropatia: _____ ☐ Fistole: _____
☐ Metabolica: _____
☐ Cardiopatia: _____
☐ Respiratoria: _____ ☐ O2 TP: _____

ASSUNZIONE DI FARMACI

- ☐ Sì (indicare il nome del farmaco): _____

☐ Sì (se non ricorda, indicarne la funzione): _____

AUSILI PER L'INCONTINENZA

- ☐ Catetere vescicale
☐ Sacchetto per stomie
☐ Presidi assorbenti

AUSILI PER IL MOVIMENTO

- ☐ Sedia motorizzata
☐ Sedia manuale
☐ Sistema posturale
☐ Bastone
☐ Deambulatore
☐ Arto artificiale

È POSSIBILE REPERIRE IN LOCO I FARMACI NECESSARI?

☐ SÌ ☐ NO

**LA STRUTTURA IN CUI SI TROVA L'ASSISTITO
CONSENTE ADEGUATE POSSIBILITÀ DI GESTIONE
DELLE SUE NECESSITÀ?**

☐ SÌ ☐ NO

ALLOGGIAMENTO CONSIGLIATO

- ☒ AREA DI ACCOGLIENZA/ABITAZIONE PRIVATA
☐ ALBERGO

- ☐ STRUTTURA SOCIO-SANITARIA (es. RSA)
☐ OSPEDALE

DA COMPILARE IN CASO DI RIFIUTO ALLA DESTINAZIONE PRESCELTA

☐ Il/la sottoscritto/a _____
identificato da documento _____,
rifiuta il trasferimento presso struttura proposta, assumendosi ogni
responsabilità in merito.

Data |__|_|_|

Firma leggibile: _____

☐ La persona rifiuta verbalmente davanti a testimoni la destinazione
consigliata e rifiuta di firmare il presente documento.

Data |__|_|_|

Firma leggibile compilatore: _____

Firma leggibile testimone: _____