



SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DELLE ESIGENZE IMMEDIATE, DELLA POPOLAZIONE CON DISABILITÀ O SPECIFICHE NECESSITÀ

SPAZIO LOGO

ID SCHEDA: _____

SEZIONE 2 - COMPETENZE INFERMIERISTICHE

<p>IN CARICO AI SERVIZI</p> <p><input type="checkbox"/> Assistenza infermieristica domiciliare</p> <p><input type="checkbox"/> Assistenza Sociale</p> <p><input type="checkbox"/> SerT (Tossicodipendenze)</p> <p><input type="checkbox"/> Centro Salute Mentale</p> <p><input type="checkbox"/> Servizio di Psicologia</p> <p><input type="checkbox"/> Altro: _____</p>	<p>NOTE INFERMIERISTICHE</p> <p><i>Si richiede valutazione medica per visita:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Prescrizione farmaci quotidiani per patologie croniche</p> <p><input type="checkbox"/> Pediatria</p> <p><input type="checkbox"/> Infettivologica</p> <p><input type="checkbox"/> Psicologica</p> <p><input type="checkbox"/> Altro: _____</p>
---	--

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): _____

<p>AUSILI PER L'INCONTINENZA</p> <p><input type="checkbox"/> Catetere vescicale</p> <p><input type="checkbox"/> Sacchetto per stomie</p> <p><input type="checkbox"/> Presidi assorbenti</p>	<p>AUSILI PER IL MOVIMENTO</p> <p><input type="checkbox"/> Sedia motorizzata</p> <p><input type="checkbox"/> Sedia manuale</p> <p><input type="checkbox"/> Sistema posturale</p> <p><input type="checkbox"/> Bastone</p> <p><input type="checkbox"/> Deambulatore</p> <p><input type="checkbox"/> Arto artificiale</p>	<p>È POSSIBILE REPERIRE IN LOCO I FARMACI NECESSARI? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>LA STRUTTURA IN CUI SI TROVA L'ASSISTITO CONSENTE ADEGUATE POSSIBILITÀ DI GESTIONE DELLE SUE NECESSITÀ? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p>
--	---	---

ALLOGGIAMENTO CONSIGLIATO

AREA DI ACCOGLIENZA/ABITAZIONE PRIVATA STRUTTURA SOCIO-SANITARIA (es. RSA)

ALBERGO OSPEDALE

DA COMPILARE IN CASO DI RIFIUTO ALLA DESTINAZIONE PRESCELTA

Il/lasottoscritto/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: _____

