





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

SPAZIO LOGO

ID SCHEDA: \_\_\_\_\_

**SEZIONE 2 - COMPETENZE INFERMIERISTICHE**

<p><b>IN CARICO AI SERVIZI</b></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><b>NOTE INFERMIERISTICHE</b></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><b>AUSILI PER L'INCONTINENZA</b></p> <p><input type="checkbox"/> Catetere vescicale</p> <p><input type="checkbox"/> Sacchetto per stomie</p> <p><input type="checkbox"/> Presidi assorbenti</p>	<p><b>AUSILI PER IL MOVIMENTO</b></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><b>È POSSIBILE REPERIRE IN LOCO I FARMACI NECESSARI?</b> <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p> <p><b>LA STRUTTURA IN CUI SI TROVA L'ASSISTITO CONSENTE ADEGUATE POSSIBILITÀ DI GESTIONE DELLE SUE NECESSITÀ?</b> <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: \_\_\_\_\_

