

## SCHEMA RICHIESTA ACCETTAZIONE IN DEGENZA INFERMIERISTICA

DATI ANAGRAFICI DEL /LA PAZIENTE
Cognome : .....
Nome: .....
Nato/a il: .....
Nazionalità: .....
Residenza: .....
Via: .....
Tel n°:.....

REPARTO DI DIMISSIONE	MOTIVO DELLA RICHIESTA DI ACCETTAZIONE IN DI		
..... Data di dimissione.....	..... .....		
<p style="text-align: center;"><b>DESTINAZIONE DEFINITIVA</b></p> <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> Casa di Riposo <input type="checkbox"/> Altro	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="padding: 5px;">TEMPO PREVISTO DI PERMANENZA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">                             .....                              .....                         </td> </tr> </tbody> </table>	TEMPO PREVISTO DI PERMANENZA	..... .....
TEMPO PREVISTO DI PERMANENZA			
..... .....			

NOTIZIE PAZIENTE			PAZIENTE IN ATTESA DI		
<u>ALLERGIE</u>	SI	NO	<u>REFERTO</u>	SI	NO
<u>DIETA</u>			<u>PROSECUZIONE TERAPIA</u>	SI	NO
<u>DIABETICO</u>	SI	NO	<u>MEDICAZIONI</u>	SI	NO
provvisto di presidi	SI	NO	<u>PRESIDI</u>	SI	NO
<u>DECUBITI</u>	SI	NO	richiesti il _____		
zone _____					
grado _____			<u>VALUTAZ. ADI</u>	SI	NO
<u>CATETERE VESCICALE</u>	SI	NO	eseguita il _____		
a permanenza	SI	NO	richiesta il _____		
ultima sostituzione _____			<u>VALUTAZ. ASS. SOCIALE</u>	SI	NO
provvisto presidi	SI	NO	richiesta il _____		
<u>ACCESSO VENOSO</u>	SI	NO	eseguirà il _____		
periferico SI			motivo _____		
centrale SI			<u>CONSULENZA FKT</u>	SI	NO
<u>STOMIA</u>	SI	NO	richiesta il _____		
provvisto presidi	SI	NO	prosecuzione	SI	NO
<u>TERAPIA DA ESEGUIRE IN UDI :</u>					
VEDI LETTERA DIMISSIONE ALLEGATA <input type="checkbox"/>					
AGGIUNGE SOLTANTO DURANTE LA PERMANENZA IN UDI : <input type="checkbox"/>					

Data

Timbro e Firma del Medico