

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ FAM. DI RIFERIMENTO _____

RESIDENZA _____ VIA _____ TEL. N. _____

DIAGNOSI	DESCRIZIONE
Principale	
Secondaria	

Interventi richiesti

- prelievo domiciliare
 gestione dell'alvo clistere medicato Frequenza _____
 catetere vescicale: n. _____ data posizionamento _____
 gestione: stomie drenaggi SNG PEG Altro _____
 gestione degli accessi PICC Midline Porth-a-cath Altro _____

Lesioni da pressione (LP) 1° 2° 3° 4° stadio NPUAP/EPUAP

Lesioni semplici di altra eziologia

Lesioni di altra eziologia estese o di natura complessa

Sede della lesione _____

Terapia Infusiva _____

Necessita di igiene alla persona

Necessita accessi del **Medico Curante** N. _____ Accessi settimanali proposti

Eventuali Note

La situazione clinica e funzionale del paziente rende impossibile l'accesso ai Servizi Ambulatoriali.

Si allegano: **Impegnativa regionale** **M COT 002 TRIAGE**

Data _____

Timbro e firma del Medico Prescrittore

e-mail: uvm@asst-valcamonica.it _____

Mod./ASST