

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ COMUNE DI RESIDENZA _____

IN VIA _____ N. _____ TEL. N. _____

FAMILIARE DI RIFERIMENTO _____ TEL. N. _____

Data dimissione ospedaliera _____

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 _____
- Altro _____

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

Lesioni semplici di altra eziologia sede _____

Lesioni di altra eziologia estese o di natura complessa sede _____

percorso di fisioterapia PRI

Terapia Infusiva

Igiene persona (attivabile solo in presenza di questi percorsi)

Note

Si allega: Impegnativa regionale con indicata diagnosi

Data _____

Firma e n. badge Infermiere

E-mail dimissioni.protette@asst-valcamonica.it

Telefono 2780

Mod./ASST