

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Valcamonica	ATTIVAZIONE CURE DOMICILIARI ALLA DIMISSIONE OSPEDALIERA	Etichetta paziente	M COT 001 Rev. 03 Pag. 1 di 1 12.02.2025
---	---	---------------------------	--

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 _____

☐ educazione sanitaria ☐ 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 _____

☐ Frequenza _____

☐ percorso di fisioterapia ☐ PRI

☐ Igiene persona (attivabile solo in presenza di questi percorsi) ☐ terapia infusiva

Note

Si allega: ☐ Impegnativa regionale con indicata diagnosi solo per prelievi

Data _____

Firma e n. badge Infermiere

E-mail dimissioni.protette@asst-valcamonica.it
Telefono 2780

Mod./ASST