

Scheda da inviare via fax al n. 031.324017 (o per e-mail all'indirizzo: [astcp@valduce.it](mailto:astcp@valduce.it)) all'attenzione di:  
Referente S.I.T.R.A. per ASTCP, Ospedale Valduce

Data richiesta attivazione aSTCP.....

Dati identificativi:

Cognome..... Nome.....

Data di nascita..... C. F.....

Residenza..... Domicilio (se diverso dalla residenza) .....

Indirizzo (via e n. civico) .....

Tel..... Cellulare (o altro recapito telefonico) .....

Familiare di riferimento (cognome e nome) .....

Grado di parentela ..... Tel/Cellulare .....

Motivo del ricovero.....

Reparto di degenza ..... Ricovero dal .....

Diagnosi di dimissione e comorbilità .....

.....

Ricoveri ripetuti negli ultimi tre mesi :  NO  SI (date) .....

Invalidità :  NO  SI  con accompagnamento  domanda inoltrata  domanda da inoltrare

Data presunta di dimissione.....

## CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE

### STATO DI COSCIENZA

orientato  parz. disorientato  molto disorientato  soporoso  coma (allegare scala di Glasgow)

### FUNZIONI PSICHICHE/COMPORAMENTALI

normali  ansioso  agitato  depresso

demenza o ritardo mentale  Psicosi e stati deliranti

### COMUNICAZIONE

mantenuta  compromessa

### AUTONOMIA

autonomo  parzialmente autonomo  non autonomo  allettato

PRESENZA ACCESSO VENOSO CENTRALE  NO  SI, tipo e gestione.....

PRESENZA ACCESSO VENOSO PERIFERICO  NO  SI .....

#### ALIMENTAZIONE

autonoma  TPN          Pompa Infusiva  NO  SI     sondino naso gastrico           PEG

Data ultimo posizionamento...../...../...

Altro .....

Richiesta attivazione Nutrizione Artificiale, in data .....

#### MINIZIONE

continente  incontinente           guaina esterna           pannolone

catetere vescicale (tipo).....          calibro .....          data ultimo posizionamento (ggmmaaaa) .....

nefro/urostomia (tipo).....

#### ALVO

normale  diarrea  stipsi           stomia (tipo).....

#### RESPIRAZIONE

autonoma  ventilazione assistita meccanica:  invasiva  non invasiva

ossigenoterapia lt/min. ....

tracheostomia (modello cannula).....

Richiesta inoltrata  NO  SI, in data .....

#### LESIONI DA DECUBITO

NO  SI, sede .....

ALTRE LESIONI .....

Paziente oncologico  Paziente non oncologico

ANAMNESI ALGOLOGICA	TERAPIA DEL DOLORE IN CORSO
<p><b>NRS</b> numerical rating scale</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> visita allegata</p> <p><input type="checkbox"/> terapia .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

**BISOGNI RILEVATI**

Medici	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
Infermieristici	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
Riabilitativi	<p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI (allegare esito visita fisiatrica e PRI)</p>
Assistenziali	<p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p>

**TERAPIA IN ATTO**

FARMACO	DOSAGGIO	POSOLOGIA	ORARI SOMMINISTRAZIONE

### SITUAZIONE ABITATIVA/ FAMILIARE

vive da solo  con coniuge  figli  altro (specificare) .....

supporto familiare  NO  SI

#### Ausili – protesi necessari:

letto  materasso antidecubito  carrozzina  pannoloni  traverse

cateteri vescicali  presidi per medicazioni  ausili per deambulazione

altro .....

La pratica per la fornitura è stata inoltrata in data .....

#### Firma dei referenti del caso:

Medico.....

Infermiere.....

Data .....

#### Familiare di riferimento informato dell'avvio della procedura

..... Tel:.....

Firma: .....

Data .....

Riservato Coordinatore SITRA	
Pervenuta il...../...../.....	Firma
Per avvenuto inserimento informativo dati mediante "priamo", applicativo "ospedalizzazione domiciliare", funzione "pre-accettazione": n. progressivo prenotazione _____	