



Servizio per l'Integrazione Socio Sanitaria, Anziani e ADI

Via Pindemonte, 88

Palermo

Tel. 091/7033242 FAX 091/7033238

MODULO DI SEGNALAZIONE DIMISSIONE "Protetta"

Domiciliare []

RSA []

data segnalazione

(da effettuare almeno 3 gg lavorativi prima della dimissione)

Presidio/Azienda Ospedaliera: _____

U.O. di ricovero _____

<i>Referenti</i> Dott.	Tel.
----------------------------------	-------------

Paziente:

<i>Cognome</i>	<i>Nome</i>	<i>Età</i>
<i>Luogo e data di nascita</i>	<i>Cod. Fisc.</i>	
<i>Domicilio</i>	<i>Via</i>	
<i>Residenza (se diversa dal domicilio)</i>	<i>ASP (se diversa dall'ASP PA)</i>	
<i>Telefono</i>	<i>Cellulare</i>	
Persona di riferimento:	Telefono	
	Cellulare	
Medico di Medicina Generale	Telefono	
Dott.	Cellulare	

Diagnosi:

Prestazioni necessarie:

<input type="checkbox"/> Terapia antalgica	<input type="checkbox"/> Medicazioni	<input type="checkbox"/> Gestione catetere
<input type="checkbox"/> Gestione stomie	<input type="checkbox"/> Terapia infusioneale	<input type="checkbox"/> SNG
<input type="checkbox"/> Fisioterapia	<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	

Si allega relazione sanitaria e SVAMA

DATA

Firma del Referente