

PROPOSTA DIMISSIONI PROTETTE BAMBINI (si prega di scrivere in stampatello)

OSPEDALE

REPARTO:.....

MEDICO PROPONENTE:Tel.:.....

fax.....E-mail

SEZIONE A - DATI ANAGRAFICI ASSISTITO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
COGNOME	NOME	SESSO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	COD. Fisc.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COMUNE DI RESIDENZA	VIA	N° CIVICO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PERSONA DI RIFERIMENTO	N° TELEF. PERSONA DI RIFERIMENTO	ALTRO TEL.

INFORMAZIONI

SEZIONE B - DIAGNOSI DESCRITTIVA

SEZIONE C - CHECK LIST PROBLEMI GENERALI (alterazione anatomo-funzionale: 0 = assente; 1 lieve; 2 = moderata; 3 = grave)

Cute e annessi		Uro-genitale		Endocrino	
Cavo orale		Vascolare		Linfopoietico	
Gastro enterico		Nervoso		Sangue	
Respiratorio		Organi senso			

SEZIONE D - ACCRESCIMENTO - (0 = normale; 1 = deficit lieve; 2 = deficit moderato; 3 = deficit grave)

Accrescimento staturale		Accrescimento ponderale		Grado sviluppo neuro motorio	
-------------------------	--	-------------------------	--	------------------------------	--

SEZIONE E - ALIMENTAZIONE (mettere una crocetta nella casella corrispondente)

Spontanea seno		NE		Dieta formula artific. (indica tipo e prodotto)	
Artificiale biberon		NP		Tipo sacca NP Industriale <input type="checkbox"/> - Galenico-magistrale <input type="checkbox"/>	
Mista (seno + biberon)		NE + NP			
1. ACCESSO ARTIFICIALE TUBO DIGERENTE (se presente indicare anche qualora attualmente non utilizzato a scopo nutrizionale)				Sonda Naso Gastrico <input type="checkbox"/> - Sonda Naso Digiunale <input type="checkbox"/> - PEG <input type="checkbox"/> - PEJ <input type="checkbox"/> Gastrostomia chirurgica <input type="checkbox"/> - enterostomia <input type="checkbox"/>	
1.1. Marca + diametro sonda accesso tubo digerente					
2. CATETERE VENOSO CENTRALE (se presente indicare anche qualora VVC attualmente non utilizzata a scopo nutrizionale)				Tipo: esterno <input type="checkbox"/> - parzialmente impiantato <input type="checkbox"/> - totalmente impiantato <input type="checkbox"/> A punta chiusa (Groshong) <input type="checkbox"/> - a punta aperta <input type="checkbox"/> Monolume <input type="checkbox"/> - Bilume <input type="checkbox"/>	

SEZIONE F- UTILIZZO DISPOSITIVI DIVERSI DA QUELLI PER NA (mettere una crocetta e specificare tipo)		
Cateterismo vesc. intermittenza	<input type="checkbox"/>	Tipo e diametro del dispositivo:
Catetere vescicale a permanenza	<input type="checkbox"/>	
Catetere sovrapubico	<input type="checkbox"/>	
Uretero - nefrostomie	<input type="checkbox"/>	Tipo e diametro del dispositivo:
ileostomia	<input type="checkbox"/>	
Colostomia	<input type="checkbox"/>	
Altri drenaggi	<input type="checkbox"/>	Descrizione:
tracheostomia	<input type="checkbox"/>	Tipo e diametro dispositivo

SEZIONE G – APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI E ALTRI AUSILI / PROTESI NECESSARIE A DOMICILIO	

SEZIONE H – MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI A DOMICILIO (tipo e quantità / mese)	

SEZIONE I - NECESSITA' SANITARIE	
<input type="checkbox"/> Assistenza Programmata del Pediatra Libera Scelta	<input type="checkbox"/> visite medico-specialistiche domiciliari (indicare quali)
NOME PEDIATRA
<input type="checkbox"/> assistenza infermieristica domiciliare
<input type="checkbox"/> assist. riabilitat. e di recup. funz. a domicilio

SEZIONE L – NECESSITA' SOCIO-ASSISTENZIALI (metti crocetta azione ritenuta necessaria)		
TIPO ASSISTENZA	Apparentemente non necessaria	Apparentemente necessaria
assistenza sociale e segretariato sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
assistenza domestica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
assistenza abitativa (compresa quella rivolta alla eliminazione delle barriere architettoniche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
assistenza economica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
assistenza alla persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (indicare)		

timbro e firma del medico proponente (mettere sempre timbro)

Allegati: Relazione clinica dettagliata

Prescrizioni

Data

.....

RISERVATO ALLA ASL di RESIDENZA:	
pervenuta il	Timbro e sigla ricevente
prot. N.	