

| | | |
|---|-----------------------------|---------------------------------|
|  | MODULO | M 01 PO 06-04 |
| | SCHEDA DI DIMISSIONE | Pag.1 di 5 |
| | | Ed. 1, Rev. 4 del 26.05.2025 |

SCHEDA DI DIMISSIONE

Cognome _____ Nome _____ Cartella N. _____
 Comune Provincia _____ ASL _____ Distretto o Municipio _____
 Residente a _____ (CAP _____)

Inserimento presso il Centro in regime residenziale diurno dal _____

Diagnosi attuale

Classificazione del ritardo mentale secondo il DSM-IV-R _____

RCSE _____ Barthel Index _____ MMS _____

Tutore Amministratore di sostegno Curatore (dati anagrafici e recapiti completi) _____

Altro familiare o persona di riferimento (specificare) (dati anagrafici e recapiti completi) _____

Situazione pensionistica: Invalidità civile (specificare) Indennità di accompagnamento

Servizi di riferimento Serv. Sociale comunale Serv. distrettuale ASL (nome, qualifica, recapito dei referenti)

Medico di Base (nome e recapito)

Terapia farmacologica attuale (nome del farmaco e posologia)

nome del farmaco _____

posologia _____

Allergia a farmaci: NO SI quali _____

Anamnesi patologica

Interventi chirurgici subiti NO SI quali.....

Patologie neoplastiche NO SI quali.....metastasi NO SI sede.....

Ipertensione NO SI se si specificare da quanto tempo e i valori abituali di PA e FC.....

Altre patologie NO SI quali.....

| | | |
|---|-----------------------------|---------------------------------|
|  | MODULO | M 01 PO 06-04 |
| | SCHEDA DI DIMISSIONE | Pag.2 di 5 |
| | | Ed. 1, Rev. 4 del 26.05.2025 |

Problematiche psicopatologiche ed aspetti comportamentali

Reazioni emotive: Depressione SI NO ; Eccitazione SI NO ; Aggressività SI NO ; Allucinazioni SI NO

Valutazione del carico assistenziale (bisogni individuali)

Grado di collaborazione: buono scarso assente Disturbi del linguaggio NO SI quali _____

Controllo alvo SI NO ; Controllo minzione SI NO ; Capacità di alimentarsi autonomamente SI NO

Abilità nell'igiene personale buona scarsa assente Deambulazione autonoma SI NO

Utilizza ausili/presidi (scarpe ortopediche, deambulatori, carrozzina, caschetto paracolpi, ecc.) SI NO

(se sì, specificare tipo e modalità d'uso) _____

Tipi di interventi effettuati

Obiettivi raggiunti

Motivo della dimissione

Annotazioni e raccomandazioni generali

Viene affidato al/la Sig./ra (specificare funzione, qualifica o grado di parentela)

Firma del familiare o tutore

data _____ ora _____

Il Direttore Sanitario

| | | |
|---|-----------------------------|---------------------------------|
|  | MODULO | M 01 PO 06-04 |
| | SCHEDA DI DIMISSIONE | Pag.3 di 5 |
| | | Ed. 1, Rev. 4 del 26.05.2025 |

AII. 1

ELENCO DOCUMENTAZIONE RESTITUITA

Roma,
 Si riconsegna al/la sig./ra _____, in qualità di _____ del/la
 Sig./ra _____, la seguente documentazione amministrativa e clinica in nostro
 possesso:

Documenti personali dell'assistito:

- carta d'identità in originale
- codice fiscale
- tessera S.S.N. in originale
- tessera di esenzione ticket (in originale)
- certificato di invalidità in copia autenticata
- fotocopia del verbale di invalidità civile
- fotocopia del certificato di gravità ai sensi della L.104/92
- fotocopia del decreto di nomina di interdizione e/o inabilitazione e/o amministrazione di sostegno
- libretto del lavoro (*se iscritto al collocamento*)
- *breve riassunto del curriculum scolastico e dell'inserimento in altre strutture riabilitative*

Documentazione clinica:

- eventuali fotocopie di cartelle cliniche, referti specialistici e relazioni cliniche, riguardanti lo stato di salute generale dell'ospite
- esami ed analisi importanti o recenti
- piano terapeutico dei farmaci assunti

per il Centro

Ricevo la documentazione su indicata in data odierna.

Roma,

Firma

| | | |
|---|-----------------------------|---------------------------------|
|  | MODULO | M 01 PO 06-04 |
| | SCHEDA DI DIMISSIONE | Pag.4 di 5 |
| | | Ed. 1, Rev. 4 del 26.05.2025 |

AII. 2

RICONSEGNA ABBIGLIAMENTO E ALTRI EFFETTI PERSONALI

Roma, _____

Si riconsegna in data odierna al/la Sig./ra _____,

- in qualità di _____ del sig./ra _____
- a ciò delegata/o,

tutti gli indumenti e gli effetti personali del medesimo, ad oggi presso la ns. Struttura e una lista di quanto è in riconsegna dal servizio di lavanderia. In particolare:

| SCHEDA RESTITUZIONE INDUMENTI | RICONSEGNATI | IN LAVANDERIA |
|-------------------------------|--------------|---------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |
| 7. | | |
| 8. | | |
| 9. | | |
| 10. | | |
| 11. | | |
| 12. | | |
| 13. | | |
| 14. | | |
| 15. | | |
| 16. | | |
| 17. | | |
| 18. | | |
| 19. | | |
| 20. | | |
| 21. | | |
| 22. | | |
| 23. | | |
| 24. | | |

per il Centro

Per ricevuta.

| | | |
|---|-----------------------------|---------------------------------|
|  | MODULO | M 01 PO 06-04 |
| | SCHEDA DI DIMISSIONE | Pag.5 di 5 |
| | | Ed. 1, Rev. 4 del 26.05.2025 |

RELAZIONE CLINICA DI DIMISSIONE

Utente: Luogo e data di nascita:

Residente in via/piazza n° Comune Paese

Diagnosi:

L'utente è stato seguito presso questo Centro in regime
dal..... al

con progetti individualizzati che hanno previsto interventi.

- CARATTERISTICHE UTENTE (STATO DI SALUTE):

- VALUTAZIONE MEDICA SPECIALISTICA (IN ALLEGATO)

- EVENTUALI INDICAZIONI RELATIVE A NECESSITÀ DI TRATTAMENTI SUCCESSIVI

.....

- ISTRUZIONI PER L'UTENTE/FAMILIARE-TUTORE/FIGURE CHE PRENDONO IN CARICO L'UTENTE IN ALTRA STRUTTURA

.....

.....

.....

Si rilascia su richiesta del familiare

Medico responsabile del progetto

Direttore Sanitario
