

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 _____

SPMSQ _____ Barthel Index _____ SVAMA _____ LcLpUV _____

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.....

Altre note.....

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)

data _____ ora _____

Firma del familiare o tutore

Il Direttore Sanitario

All. 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.

Firma

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.		
25.		

per il Centro

Per ricevuta.

Roma,

RELAZIONE CLINICA DI DIMISSIONE

Utente:

Luogo e data di nascita:

Residenza:

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 NECESSITA' 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