

Rapporto di trasferimento generale

Cognome	Data di entrata
Nome	Data dimissione
Data di nascita	Ex professione
Nazionalità	Situazione familiare/risorse
Tipo di permesso	1° persona di riferimento Tel
Cassa malati	2° persona di riferimento Tel
N° assicurato	
Medico in clinica	
Medico di famiglia	Supporti assistenziali
Servizi a domicilio <input type="checkbox"/> presenti <input type="checkbox"/> da attivare	

Direttive anticipate	<input type="checkbox"/> presenti	<input type="checkbox"/> assenti
REA	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Paziente informato del suo stato di salute	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Informazioni in possesso del paziente		
Famigliari informati del suo stato di salute	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Informazioni in possesso dei famigliari		
Autorizzazione a dare informazioni a terzi		

Motivo del ricovero	Motivo del trasferimento
---------------------	--------------------------

Stato civile	<input type="checkbox"/> coniugato/a	<input type="checkbox"/> celibe/nubile	<input type="checkbox"/> separato/a - divorziato/a	<input type="checkbox"/> vedovo/a
Abita con	<input type="checkbox"/> solo/a	<input type="checkbox"/> moglie/marito	<input type="checkbox"/> figli	<input type="checkbox"/> altro
Confessione	<input type="checkbox"/> cattolica	<input type="checkbox"/> protestante		<input type="checkbox"/> altro
Lingua	<input type="checkbox"/> italiano	<input type="checkbox"/> tedesco	<input type="checkbox"/> francese	<input type="checkbox"/> altro
Animali domestici	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no		

Stato di coscienza			
<input type="checkbox"/> Cosciente	<input type="checkbox"/> Orientato	<input type="checkbox"/> Comunicazione verbale adeguata	<input type="checkbox"/> Rischio di fuga
<input type="checkbox"/> Sonnolente	<input type="checkbox"/> Disorientato di notte	<input type="checkbox"/> Disfasia	<input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> Agitato/aggressivo	<input type="checkbox"/> Disorientato giorno e notte	<input type="checkbox"/> Altro	
<input type="checkbox"/> Apatico	<input type="checkbox"/> Disturbo del comportamento		
<input type="checkbox"/> Alterazioni sensoriali			
<input type="checkbox"/> Collaborante			
<input type="checkbox"/> Non collaborante			
<input type="checkbox"/> Vigilanza fluttuante			
Insegnamenti/problemi/obiettivi di cura			

Livello del dolore		
Tipo di scala utilizzata	<input type="checkbox"/> ESAS	Punteggio <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Doloplus	
	<input type="checkbox"/> Non possibile	Dolore
	<input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>	
		<input type="checkbox"/> non controllato

Mobilizzazione			
<input type="checkbox"/> Autonomo	<input type="checkbox"/> Uso stampelle bastone	<input type="checkbox"/> Protesi	<input type="checkbox"/> Necessità di misure di contenzione, specificare <input type="checkbox"/> Rischio cadute
<input type="checkbox"/> Allettato	<input type="checkbox"/> Sedia a rotelle		
<input type="checkbox"/> Aiuto per mobilizzarsi, ... pers.	<input type="checkbox"/> Deambulatore		
<input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Rollatore		
Punteggio KATZ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Girello alto		
	<input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>		
Insegnamenti/problemi/ obiettivi di cura <input type="text"/>			

Alimentazione e idratazione	
<input type="checkbox"/> Autonomo	<input type="checkbox"/> Alcol si <input type="checkbox"/> Alcol no
<input type="checkbox"/> Imboccare	<input type="checkbox"/> Dieta
<input type="checkbox"/> Stimolare a bere/mangiare	<input type="checkbox"/> Protesi dentale: compl./sup./inf.
<input type="checkbox"/> Disfagia per: <input type="checkbox"/> liquidi <input type="checkbox"/> solidi	<input type="checkbox"/> Peg alimento <input type="text"/> quantità
<input type="checkbox"/> Restrizione idrica <input type="text"/> ml	<input type="checkbox"/> Peg in pompa
<input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Peg a caduta
	<input type="checkbox"/> Abitudini particolari
Insegnamenti/problemi/obiettivi di cura <input type="text"/>	

Cura del corpo	
<input type="checkbox"/> Autonomo	<input type="checkbox"/> Cute integra <input type="checkbox"/> Cute alterata
<input type="checkbox"/> Aiuto parziale al lavandino	<input type="checkbox"/> Medicazioni, specificare tipo
<input type="checkbox"/> Aiuto totale al lavandino	<input type="checkbox"/> Prevenzione Lesioni da Pressione
<input type="checkbox"/> Toilette completa a letto	<input type="checkbox"/> VAC terapia
<input type="checkbox"/> Aiuto per doccia/bagno	<input type="checkbox"/> Materasso antidecubito
<input type="checkbox"/> Aiuto per abbigliamento	<input type="checkbox"/> Prevenzione/trattamento cavo orale
<input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>	
Insegnamenti/problemi/obiettivi di cura <input type="text"/>	

Respirazione		
<input type="checkbox"/> Eupnoico	<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> Tracheostomia dal <input type="text"/> Gestita da <input type="text"/> Ultima medicazione <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo/riposo	<input type="checkbox"/> Aerosol	
<input type="checkbox"/> Apnee notturne	<input type="checkbox"/> C-PAP	
<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Aspirazione	
<input type="checkbox"/> Espettorato	<input type="checkbox"/> Fisioterapia	
<input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>		
Insegnamenti/problemi/obiettivi di cura <input type="text"/>		

Evacuazione	
<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Incontinenza urinaria <input type="checkbox"/> Incontinenza fecale <input type="checkbox"/> Uso di protezione per perdite di giorno <input type="checkbox"/> Uso di protezioni per perdite di notte <input type="checkbox"/> Uso di lassativi/clisteri Se si quali _____ <input type="checkbox"/> Alterazioni	<input type="checkbox"/> Catetere vescicale dal _____ Cambio previsto _____ <input type="checkbox"/> Catetere sovrapubico dal _____ Cambio previsto _____ <input type="checkbox"/> _____ stomia dal _____ Cambio previsto _____ Gestito/a da _____ Materiale necessario _____
Insegnamenti/problemi/obiettivi di cura _____	

Circolazione	
<input type="checkbox"/> Ipertensione nota <input type="checkbox"/> Ipertensione in trattamento <input type="checkbox"/> Ipotensione nota <input type="checkbox"/> Ipotensione in trattamento <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Controllo peso
Insegnamenti/problemi/obiettivi di cura _____	

Sonno/riposo	
<input type="checkbox"/> Difficoltà ad addormentarsi <input type="checkbox"/> Si sveglia sovente <input type="checkbox"/> Ore di sonno abituali _____	<input type="checkbox"/> Riposo di giorno <input type="checkbox"/> Altro _____
Insegnamenti/problemi/obiettivi di cura _____	

Organi di senso				
Vista	<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Ridotta	<input type="checkbox"/> Cecità	<input type="checkbox"/> Occhiali e/o lenti
Gusto	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Ridotto		
Udito	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Ridotto	<input type="checkbox"/> Apparecchi acustici	
Olfatto	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Ridotto		
Insegnamenti/problemi/obiettivi di cura _____				

Stato emotivo	
Adattamento	<input type="checkbox"/> Buono <input type="checkbox"/> Difficile <input type="checkbox"/> Altro _____
Insegnamenti/problemi/obiettivi di cura _____	

Valori e convinzioni	
Religione	_____
Sostegno spirituale	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Volontari	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Pratiche spirituali, usanze culturali e valori di cui tenere conto nelle cure	_____
Insegnamenti/problemi/obiettivi di cura _____	

Parametri vitali					
Data	_____			Ora	_____
PA.	_____	P	_____	T°	_____
				Saturazione	_____
					Peso

Drenaggi e cateteri	
<input type="checkbox"/> Drenaggio <input type="checkbox"/> Catetere	Tipo: █
Posa: █	Ultimo cambio: █
Tipo di medicazione: █	
Frequenza sostituzione medicazione: █	

Accesso venoso	
Tipo: █	
Posa: █	Ultimo cambio: █
Tipo di medicazione: █	
Frequenza sostituzione medicazione: █	

Modalità di perfusione	
<input type="checkbox"/> Vena <input type="checkbox"/> Sottocute	
Tipologia di pompa: █	

Altre informazioni importanti			
Allergie	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	quali: █
Anticoagulato	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Malattie infettive	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	quali: █
Calze elastiche	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Bende elastiche	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Pacemaker	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	