

Direzione professioni sanitarie e sociali
Direttore Simonetta Cesa
Servizio Infermiere di Famiglia e Comunità
tel. 035.267.6494 – fax 035.267.6852 – infermieridifamiglia@asst-pg23.it

SCHEDA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ

DATI ANAGRAFICI

Cognome Nome M F
Luogo di nascita Data di nascita / /
Indirizzo
Tel./Cell. Email @
Codice Fiscale...

MOTIVO DELLA SEGNALAZIONE ALL'IFeC (indicare una o più condizioni)

- Persone anziane e adulte affette da patologie croniche/comorbidità di grado severo o in labile compenso, senza caregiver (o caregiver non adeguato)
- Persona con variazione di dati clinici alla visita del MMG/PLS che richiedono la predisposizione di in piano di monitoraggio domiciliare
- Persona a cui il MMG/PLS/Specialista ha prescritto farmaci con effetti collaterali e necessita di verifica dell'apprendimento o monitoraggio sull'attuazione delle indicazioni prescritte al fine di assicurare la corretta aderenza farmacologica
- Persona dimessa dal Pronto Soccorso che necessita di adattarsi ad un nuovo piano terapeutico, attivazione di servizi, monitoraggio
- Dimissioni da struttura sanitaria che richiedono l'attivazione di servizi sanitari, sociosanitari, socioassistenziali
- Accessi ripetuti al Pronto Soccorso
- Persona che necessita di presidi sanitari al proprio domicilio che richiedono addestramento del paziente e/o del caregiver
- Necessità di valutazione del setting domiciliare adeguato per mantenimento ADL e interventi di educazione al paziente e/o caregiver
- Problematiche sanitarie anziani/adulti senza fissa dimora
- Necessità eccezionale di tempestiva erogazione di prestazioni infermieristiche in attesa dell'intervento di altri Servizi già attivati per le persone non deambulanti e non trasportabili
- Altro

Direzione professioni sanitarie e sociali
Direttore Simonetta Cesa
Servizio Infermiere di Famiglia e Comunità
tel. 035.267.6494 – fax 035.267.6852 – infermieridifamiglia@asst-pg23.it

CONDIZIONI CLINICHE

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

La persona assistita è stata informata della presente segnalazione? SI NO

Data clic inserisci data

Nome e cognome / timbro del compilatore.....

Firma del compilatore