



Residenza Protetta Anziani (R3-R3D) "MADONNA DELLA VITA"
Via San Francesco n. 1 – 61042 APECCHIO (PU)
Tel/Fax 0722 99427 - E-mail: madonnadellavita@solidale-coop.it

Cod. ROG26/1.7
Rev.02 del 30.06.2025

MODULO 7

INVIO P.S. - RICOVERO OSPEDALIERO - altri PRESIDI

PAZIENTE: _____

ANNO _____

N° prog. _____

DATA INVIO: _____

ORE _____

MOTIVO INVIO: _____

PRESIDIO di destinazione: _____

Modalità di trasporto: _____

Accompagnato da: _____

PARAMETRI INVIO:

☐ F.C.

_____ b/min.

☐ T.C

_____ °C

☐ P.A.

_____ / _____

mmHg

☐ F.R.

_____ atti/min.

☐ SatO2 _____

☐ Altro: _____

Patologia prevalente: _____

Patologia secondaria 1: _____

Patologia secondaria 2: _____

TAO: ☐ SI ☐ NO

Ossigenoterapia: ☐ SI ☐ NO

Farmaci H: ☐ SI ☐ NO

POSITIVITA' SIEROLOGICA: Epatite

☐ A

☐ B

☐ C

☐ D

☐ E

☐ HIV

☐ Altro: _____

ALLERGIA FARMACI: ☐ SI ☐ NO

se SI quali: _____

INTOLLERANZE ALIMENTARI: _____

DIETE SPECIALI: _____

ALLERGIE: _____

PRESIDI: ☐ SNG

☐ PEG

☐ NPT

☐ Catetere

☐ Stomia

☐ Drenaggio

☐ Altro: _____

PROTESI: ☐ Dentaria

☐ Acustica

☐ Arti

☐ Altro: _____

ALTRO: _____

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO

FARMACO (principio attivo)	DOSAGGIO	ORARI somministrazione	FARMACO (principio attivo)	DOSAGGIO	ORARI somministrazione

OPPURE ☐ allegata terapia farmacologica

☐ Infermiere della struttura : _____

Tel. _____

☐ Familiare di riferimento/ADS: _____

Tel. _____

☐ M.M.G. dell'utente: _____

Tel. _____

DOCUMENTAZIONE PAZIENTE (consegnata in copia):

☐ Carta d'identità - Codice Fiscale

☐ Tessera sanitaria

☐ Altro: _____

☐ Altro: _____

☐ Accertamenti Diagnostici: ☐ Altro: _____

☐ Altro: _____

☐ Altro: _____

CORREDO PERSONALE PAZIENTE:

☐ Cambio biancheria

☐ Altro: _____

☐ Altro: _____

☐ Altro: _____

Infermiere compilatore (nominativo): _____

FIRMA _____

NOTA: numerare progressivamente ogni modulo e archiviare i moduli cronologicamente in un unico plico per ogni singolo anno.