



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](mailto:madonnadellavita@solidale-coop.it)

Cod. ROG26/1.8  
Rev.02 del 30.06.2025

## MODULO 8

## DIMISSIONE/TRASFERIMENTO

PAZIENTE: \_\_\_\_\_ (Cogn.) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ M ☐ F ☐

DATA RICOVERO: \_\_\_\_\_ DATA DIMISSIONE: \_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_

MOTIVO DIMISSIONE: \_\_\_\_\_

Destinazione post dimissione: ☐ proprio domicilio ☐ presso altra struttura: \_\_\_\_\_

Modalità di trasporto: \_\_\_\_\_ Accompagnato da: \_\_\_\_\_

Dimissione protetta SI ☐ NO ☐ se SI attivazione: ☐ servizi AST ☐ servizi Sociali ☐ altro \_\_\_\_\_

## DIAGNOSI DIMISSIONE

Patologia prevalente: \_\_\_\_\_

Patologia secondaria 1: \_\_\_\_\_

Patologia secondaria 2: \_\_\_\_\_

PARAMETRI DIMISSIONE: ☐ F.C. \_\_\_\_\_ b/min. ☐ T.C. \_\_\_\_\_ °C ☐ P.A. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg  
☐ F.R. \_\_\_\_\_ atti/min. ☐ SatO2 \_\_\_\_\_ ☐ Altro: \_\_\_\_\_

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

## DOCUMENTAZIONE PAZIENTE (consegnata in copia):

☐ Carta d'identità - Codice Fiscale ☐ Tessera sanitaria ☐ Altro: \_\_\_\_\_ ☐ Altro: \_\_\_\_\_

☐ Accertamenti Diagnostici: ☐ Altro: \_\_\_\_\_ ☐ Altro: \_\_\_\_\_ ☐ Altro: \_\_\_\_\_

## CORREDO PERSONALE PAZIENTE:

☐ Corredo biancheria ☐ Altro: \_\_\_\_\_ ☐ Altro: \_\_\_\_\_ ☐ Altro: \_\_\_\_\_

NOTE: \_\_\_\_\_

Infermiere compilatore (nominativo): \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_