

Data di emissione: 01.09.2014

Approvazione: RAQ Bolgia Cristina

Cognome e nome utente _____

Data di nascita _____

PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE

BARRARE	PRESTAZIONI	SEGNALAZIONI/NOTE	FREQUENZE
	Terapia intramuscolare o sottocutanea		
	Somministrazione di flebo		
	Prelievi ematici (ordinari ed urgenti) ed esami microbiologici		
	Controllo parametri vitali (pressione arteriosa, saturazione)		
	Controllo glicemia (stick)		
	Medicazione semplice		
	Medicazione complessa, medicazione ferite chirurgiche		
	Medicazione catetere venoso centrale		
	Nutrizione enterale tramite SNG o PEG: controllo/gestione/assistenza		
	Stomia delle vie urinarie/intestinale: controllo o sostituzione della sacca di raccolta		
	Posizionamento/cambio catetere vescicale		
	Rimozione catetere vescicale		
	Clistere evacuante		
	Tracheostomia: cura e controllo cannula		

PRESTAZIONI FISIOTERICHE

BARRARE	PRESTAZIONI	SEGNALAZIONI/NOTE	FREQUENZE
	Valutazione funzionale fisioterapia		
	Valutazione protesica		
	Trattamento fisioterapico (30 minuti)		
	Linfodrenaggio manuale (45 minuti)		
	Linfodrenaggio manuale con bendaggio elastocompressorio— escluso materiale di consumo (60 minuti)		

IL MEDICO CURANTE

AUTORIZZAZIONE COORDINATORE MEDICO
<p>Si autorizza l'erogazione delle prestazioni.</p> <p style="text-align: center;">IL MEDICO COORDINATORE</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p>Pergine, _____</p>

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

	TIPO PRESTAZIONI AUTORIZZATE	note
ACCESSO SERVIZIO DOMICILIARE	<input type="checkbox"/> SERVIZIO INFERMIERISTICO	
	<input type="checkbox"/> SERVIZIO FISIOTERAPICO	

PROGRAMMAZIONE ACCESSO AL SERVIZIO

TIPO DI SERVIZIO	N. ACCESSI MENSILI	N. ORE SETTIMANALI	FREQUENZA

Accessi: S = settimanali, Q= quindicinali, M = mensili

Data inizio servizio: _____

Firma

Data fine servizio: _____
