

 <p>ASP ENNA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<p>Azienda Sanitaria Provinciale Enna</p> <p>CHECK-LIST SULLE INFORMAZIONI DA FORNIRE AL PAZIENTE E AL CAREGIVER ALLA DIMISSIONE (da accludere alla cartella clinica)</p>	<p>Rev.0.0</p> <p>20/07/2022</p> <p>Pagina 1 di 1</p>
---	---	---

D.A. 1286/2014 "Raccomandazioni regionali per la dimissione e la comunicazione con il paziente dopo ricovero per evento cardiologico"

Paziente

Cognome _____ Nome _____ data di nascita _____

- il paziente è stato informato su cosa è successo, sulla sua malattia di cuore, su come riconoscere i segni e i sintomi di un attacco di cuore e cosa fare se avviene; ha ricevuto il materiale educativo scritto (allegato B);
- il paziente è stato informato sulla sua prognosi, sui suoi fattori di rischio e su come tenerli sotto controllo;
- il paziente è stato informato sulla necessità di assumere i farmaci nelle modalità e nei tempi prescritti e che essi aiutano a prevenire episodi futuri e possono prolungargli la vita; è stato informato sugli eventuali principali effetti collaterali dei farmaci e su come comportarsi in caso di loro comparsa; è stato informato sui rischi conseguenti alla loro interruzione;
- Il paziente, se fumatore, è stato informato dell'importanza di smettere di fumare, che il fumo aumenta la possibilità di avere un nuovo episodio e che può accorciare la durata della vita; gli è stato indicato a chi riferirsi per sostegno anti-fumo;
- Il paziente ha ricevuto le indicazioni su una dieta adeguata e gli è stato illustrato che questa aiuta a ridurre il rischio di nuovi episodi; ha ricevuto, se necessario, le indicazioni per contattare un servizio o un centro di dietologia;
- Il paziente è stato informato sull'importanza di una regolare attività fisica e ha ricevuto istruzioni per i prossimi giorni; è stato informato su attività lavorativa e sessuale e sulla guida di veicoli;
- Al paziente è stato spiegato l'importanza dei controlli successivi e ha ricevuto il programma di appuntamenti e i contatti telefonici/mail col centro in caso di eventuali necessità;
- È stato chiarito in modo esplicito al paziente che, tornato a casa, l'assistenza sarà fornita dal MMG con la consulenza di specialisti ospedalieri o del territorio; sono state precisate le circostanze in cui ricorrere al MMG o in cui è effettivamente necessario l'accesso a un DEA non filtrato dalla sua valutazione;
- I familiari/caregiver del paziente, se appropriato, sono stati coinvolti nel momento informativo;
- È stata verificata la comprensione di quanto sopra illustrato.

Data _____

Firma e timbro del medico che dimette _____

Firma del paziente/caregiver _____