



DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE***Responsabile Dott. Massimo Diana***Dipartimento di Chirurgia - Presidio Ospedaliero _____

CHECK-LIST DI DIMISSIONE CLINICA

U.O.C. di: _____

DATI PAZIENTE:

Cognome e Nome: _____ Data di Nascita: ____/____/____

N° Cartella Clinica: _____ Data Intervento: ____/____/____

Tipo di Intervento: _____

Tipo di Anestesia somministrata: _____

1. VALUTAZIONE PARAMETRI CLINICI – P.A.D.S.S. SCORE:*(Assegnare un punteggio da 0 a 2 per ciascun criterio)***A. SEGNI VITALI (Pressione Arteriosa e Frequenza Cardiaca):**

[] 2 = Stabili, variazione < 20% rispetto al valore pre-operatorio basale;

[] 1 = Variazione compresa tra il 20% e il 40% rispetto al basale;

[] 0 = Instabili, variazione > 40% rispetto al basale;

B. DEAMBULAZIONE E LIVELLO DI COSCIENZA:

[] 2 = Orientato nel tempo/spazio, deambulazione autonoma e stabile (o al basale);

[] 1 = Orientato, deambulazione assistita / lievi vertigini;

[] 0 = Non deambula / forte sonnolenza / vertigini severe;

C. NAUSEA E VOMITO (PONV)

- ☐ 2 = Assenti o lievi, tollera l'assunzione di liquidi per os;
☐ 1 = Moderati, transitori, controllati efficacemente con farmaci antiemetici;
☐ 0 = Severi, persistenti nonostante la terapia medica;

D. DOLORE (Valutazione tramite scala VAS / NRS da 0 a 10)

- ☐ 2 = Assente o lieve (VAS 0-3), ben controllato da analgesici orali;
☐ 1 = Moderato (VAS 4-6), richiede analgesici endovenosi di salvataggio;
☐ 0 = Severo (VAS 7-10), non controllato dai farmaci terapeutici;

E. SANGUINAMENTO CHIRURGICO / STATO DELLA FERITA

- ☐ 2 = Minimo o assente, la medicazione si presenta perfettamente asciutta;
☐ 1 = Moderato, richiede cambio della medicazione, non necessita di revisione;
☐ 0 = Severo, sanguinamento attivo, richiede intervento o revisione chirurgica;

TOTALE PUNTEGGIO P.A.D.S.S. ATTRIBUITO: _____ / 10

(Idoneità alla dimissione domiciliare solo con punteggio ≥ 9)

2. VERIFICA CRITERI SOCIALI E LOGISTICI:

- ☐ SÌ ☐ NO Presenza di un accompagnatore adulto responsabile per il rientro;
☐ SÌ ☐ NO Disponibilità di supervisione continua a domicilio per le prime 24 ore; ☐ SÌ ☐ NO Mezzo di trasporto idoneo (Paziente NON alla guida del veicolo);
☐ SÌ ☐ NO Accesso telefonico e domicilio raggiungibile entro 30-60 min dall'Ospedale;

3. DOCUMENTAZIONE E INFORMAZIONI CONSEGNATE AL PAZIENTE

☐ SÌ ☐ NO Lettera di dimissione indirizzata al Medico di Medicina Generale;

☐ SÌ ☐ NO Prescrizioni / Indicazioni terapeutiche a domicilio;

☐ SÌ ☐ NO Consegna del recapito telefonico di emergenza del reparto (H24) oppure del contatto di PS più vicino;

☐ SÌ ☐ NO Indicazione di data, ora e luogo per la visita di controllo / follow-up;

4. CONVALIDA E NULLA OSTA ALLA DIMISSIONE:

Si certifica che il paziente risponde pienamente ai criteri clinici, logistici e organizzativi sopra indicati e si autorizza formalmente la dimissione dal regime di Day Surgery.

_____li, ____/____/_____

Firma e timbro del Medico Chirurgo

Firma e timbro del Medico Anestesista
