

Centro Servizi Cà Arnaldi Noventa Vic.na	<b>Istruzione Operativa</b> <b>USCITA TEMPORANEA RESIDENTI</b>	Revisione n. 0 Novembre 2024
--	---	---------------------------------

Approvato in U.O.I.  
Il 06.11.2024

## **OBIETTIVO**

Disciplinare l'uscita, dei residenti al di fuori del perimetro della struttura, quando non organizzata dal Centro Servizi

## **DESTINATARI**

- Residenti del Centro Servizi
- Familiari e/o figure di riferimento

## **PERSONALE COINVOLTO**

- Infermieri
- Operatori
- Medici

## **PREMESSA**

Ai fini dell'uscita, atteso che la responsabilità relativa all'incolumità del residente è in capo al Centro Servizi, i residenti autosufficienti, non sono tenuti alla compilazione della modulistica presente in allegato alla presente Istruzione Operativa, a meno che non vi sia la nomina di un Amministratore di Sostegno, il quale dovrà dare parere favorevole con dichiarazione scritta.

I residenti autosufficienti senza nomina di ADS sono tenuti esclusivamente alla comunicazione verbale al personale infermieristico responsabile di turno.

L'ente non si assume alcuna responsabilità dei fatti che avvengono al di fuori del perimetro del Centro Servizi e di ogni danno cagionato alla salute dei residenti.

## **MODALITA'**

Salvo controindicazioni da parte del personale sanitario, tutti gli ospiti sono autorizzati all'uscita dalla struttura purché l'Infermiere in turno sia informato dell'uscita, la quale deve essere obbligatoriamente documentata anche tramite consegna su CBA, oltre che dall'apposita modulistica di uscita temporanea.

In caso di residente con Amministratore di Sostegno, lo stesso ne dovrà dare autorizzazione scritta.

Si chiede ai familiari/referenti di concordare, con almeno 24 ore in anticipo, la programmazione dell'uscita con il personale infermieristico, in modo da permettere la corretta preparazione del residente e di programmare adeguatamente le attività assistenziali.

Per ogni uscita esterna alla struttura l'accompagnatore deve firmare il modulo "uscita temporanea dal Centro Servizi" presente in portineria oppure in ambulatorio della struttura e consegnata al personale infermieristico in turno, la quale verrà poi conservata in ambulatorio infermieristico.

In caso di peggioramento dello stato di salute generale del residente, o in caso di fattori ostativi e controindicazioni all'uscita, il Medico o l'Infermiere in turno possono negare l'autorizzazione riportando in consegna e nella modulistica dedicata le motivazioni della sua decisione.

**Per le uscite con i familiari/conoscenti il personale infermieristico deve:**

- Far compilare al richiedente la modulistica di interesse
- A seconda delle condizioni del residente approvare l'uscita o sottoporre la richiesta al Medico
- Riportare in consegna CBA tutte le registrazioni del caso
- Avvisare il personale di preparare il residente in modo adeguato per l'uscita
- In base alla durata dell'assenza dalla struttura, consegnare la terapia necessaria e l'eventuale necessario in caso di uscita per più giorni (vestiario, presidi per l'incontinenza o altro)
- Riportare quanto sopra nelle consegne infermieristiche ed informare il personale OSS
- Registrare un diario infermieristico ed assistenziale riportante l'uscita del residente, il momento del rientro programmato ed eventuali indicazioni/informazioni utili

## USCITA TEMPORANEA DAL CENTRO SERVIZI

### **“Cà Arnaldi” di Noventa Vicentina**

L'Ente non si assume alcuna responsabilità in merito ai fatti che avvengono al di fuori del perimetro del Centro Servizi e di ogni danno cagionato alla salute dei residenti nel periodo di uscita temporanea dalla struttura

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

Del residente \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_

### COMUNICA

L'uscita dal Centro Servizi

dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Firma di chi accompagna il residente \_\_\_\_\_

### Per l'Infermiere:

non vi sono situazioni sanitarie che impediscono l'uscita

vi sono situazioni sanitarie che impediscono l'uscita

consegnata terapia farmacologica necessaria

Firma \_\_\_\_\_

### Momento di rientro in struttura:

Firma dell'accompagnatore \_\_\_\_\_

Firma dell'Infermiere \_\_\_\_\_

Note:

---

---

---

---