

Questo e' un foglio che potete usare per scrivere le informazioni di cui avete bisogno prima di tornare a casa. Qualche volta gli ospedali e i medici hanno degli opuscoli o dei libretti informativi per i pazienti.

Chiedete ad uno dei membri del vostro team sanitario se questo tipo di informazioni e' disponibile. →



Siate coinvolti nella vostra salute. Parlate se avete domande da fare o preoccupazioni da esprimere per quanto riguarda le vostre cure



Parlate con un membro del vostro team sanitario delle malattie che avete avuto in passato e delle vostre attuali condizioni di salute.



Portate con voi tutte le medicine quando andate all'ospedale o agli appuntamenti con i dottori.



Dite ad un membro del vostro team sanitario se avete mai avuto reazioni allergiche o brutte reazioni a medicine o alimenti.



Assicuratevi di sapere cosa dovete fare quando andate a casa dopo essere stati in ospedale o ad un appuntamento con il dottore.

Cosa devo sapere prima di ritornare a casa

Il mio nome: _____

Data: _____

Ospedale: _____

Reparto o unita' dove sono stato curato/a: _____

I medici che mi hanno curato: _____

Il problema di salute per il quale sono stato curato/a: _____

Le cure mediche che ho ricevuto: _____

Istruzioni per le cure da fare a casa: _____

Cosa dovrei mangiare e bere? _____

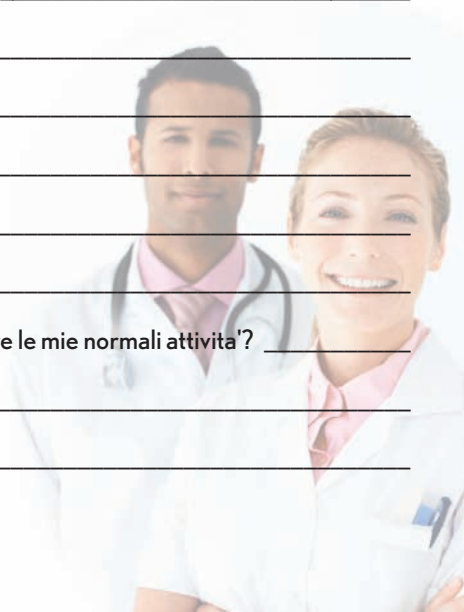
Cosa dovrei evitare di mangiare e di bere? _____

Quali attivita' posso fare? _____

Quali attivita' dovrei evitare? _____

Quando posso tornare al lavoro o riprendere le mie normali attivita'? _____

Nome della medicina che prendo: _____

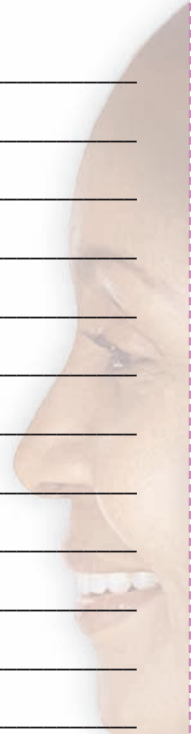


Come si prende la medicina: _____

Appuntamenti per successive visite di controllo: _____

Numeri di telefono da chiamare se ho domande o problemi: _____

Altre importanti informazioni: _____



Staccate questa scheda tascabile e conservate queste importanti informazioni nel portafoglio.

Funding for this project was provided by the Ontario Ministry of Health and Long-term Care

OHHA Patient Safety Support Service www.oha.com

Gruppo sanguigno: _____

Allergie a medicazione/allergie alimentari: _____

Numero di telefono del medico di famiglia: (____) _____

Nome del medico di famiglia: _____

E' la vostra salute
Siate coinvolti

