

Richiesta di ricovero in ambito riabilitativo presso una struttura privata convenzionata con l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

Da compilare a cura del medico specialista cha ha in carico il paziente

Dati del paziente

Nome e cognome.....

Codice fiscale

Nato/a a il

Residente a.....

Comprensorio sanitario.....

Esenzione ticket (codice)Provenienza

Diagnosi e terapia, data di evento acuto.....

.....

Data presunta del ricovero/trasferimento

Clinica privata per il ricovero

Bonvicini
 Fonte San Martino
 Salus Center
 Villa Melitta
 Villa Sant'Anna

Indicazioni sulle limitazioni funzionali (disability) del paziente

| | | |
|---|---|---|
| <p><u>Orientamento</u></p> <input type="checkbox"/> orientato <input type="checkbox"/> parzialmente orientato <input type="checkbox"/> non orientato | <p><u>Collaborazione</u></p> <input type="checkbox"/> completa <input type="checkbox"/> parziale <input type="checkbox"/> non collaborante | <p><u>Alimentazione</u></p> <input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> con aiuto parziale <input type="checkbox"/> con aiuto totale |
| <p><u>Accessi</u></p> <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> sondino nasogastrico <input type="checkbox"/> cannula tracheale <input type="checkbox"/> CVC | <p><u>Vestirsi</u></p> <input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> con supervisione <input type="checkbox"/> con aiuto parziale <input type="checkbox"/> con aiuto totale | |
| <p><u>Deambulazione</u></p> <input type="checkbox"/> autonomo, senza aiuto <input type="checkbox"/> supervisione di una persona <input type="checkbox"/> con l'aiuto di una persona <input type="checkbox"/> con l'aiuto di 2 persone <input type="checkbox"/> non deambula | <p><u>Incontinenza</u></p> <input type="checkbox"/> continente <input type="checkbox"/> notturna <input type="checkbox"/> più volte al giorno <input type="checkbox"/> pannoloni <input type="checkbox"/> catetere vescicale <input type="checkbox"/> Cistofix | |
| <p>Proposta: <input type="checkbox"/> Codice 56 (3h reha)</p> | | <p><input type="checkbox"/> Codice 60 (1h reha/sociale)</p> |
| <p>..... Data</p> | <p>..... Firma del medico specialista richiedente</p> | |

Da compilare a cura del medico specialista autorizzato all'invio del paziente secondo i criteri definiti nell'allegato 1

Dati del paziente

Nome e cognome

Codice fiscale

Richiesta approvata

Diagnosi funzionale riabilitativa:

.....

.....

| | | |
|---|---|---|
| <u>Unità operativa</u> <input type="checkbox"/> codice 56.00 <input type="checkbox"/> codice 60.00 <input type="checkbox"/> codice 75.00 | <u>Punteggio minimo</u> FIM ≤ 55 | <u>Durata del ricovero</u> |
|---|---|---|

Attivare l'Assistenza sociale/Servizi territoriali

.....
Data

.....
Firma del Primario o medico specialista delegato

Richiesta non approvata

Motivazione:

.....

.....

.....
Data

.....
Firma del Primario o medico specialista delegato

Proposta alternativa da parte dell'Assistenza sociale/servizi territoriali

.....

.....

.....
Data

.....
Firma dell'Assistenza sociale/servizi territoriali

