

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

Da compilare a cura del medico di medicina generale

Dati del paziente

Nome e cognome
 Codice fiscale Nato/a il
 Residente a
 Comprensorio sanitario
 Esenzione ticket (codice) Provenienza
 Diagnosi e data di evento acuto

 Data presunta del ricovero

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	

N.B.: La richiesta può essere accettata solo se corredata di relazione medica sullo stato di salute attuale del paziente comprendente anamnesi, esame obiettivo e terapia.

.....
Data

.....
Firma del medico richiedente

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

Dati del paziente

Nome e cognome.....

Codice fiscale.....

Diagnosi funzionale riabilitativa:

.....

.....

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

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

Richiesta da parte della struttura privata per il prolungamento del ricovero o il trasferimento del paziente ad altro reparto

Dati del paziente

Nome e cognome.....

Codice fiscale.....

Struttura privata di presa in carico del paziente

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

<p><u>Unità operativa di ricovero</u></p> <p> <input type="checkbox"/> codice 56.00 <input type="checkbox"/> codice 60.00 <input type="checkbox"/> codice 75.00 </p>	<p>Data del ricovero</p> <p>.....</p>
--	---------------------------------------

Tipo di richiesta (specificare la richiesta)

La richiesta può essere accettata solo se corredata di relazione del medico fisiatra sul grado di realizzazione del progetto riabilitativo individuale iniziale, previa misurazione FIM ed indicazione delle azioni da intraprendere per il raggiungimento degli esiti desiderati.

- Prolungamento del ricovero

Data di dimissione presunta:

Numero giornate di degenza ulteriori richieste:

- Trasferimento ad altro reparto:

- dal codice 75.00 in 56.00
 dal codice 56.00 in 60.00
 dal codice 60.00 in 56.00

.....

Data
Firma del medico specialista richiedente

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

- prolungamento del ricovero

Numero giornate di degenza autorizzate

- trasferimento ad altro reparto

Motivazione:

.....

.....

Data
Firma del Primario o medico specialista delegato