Invio per riabilitazione respiratoria presso una struttura privata convenzionata con l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

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 ..... Nato/a il .....

Residente a.....

Comprensorio sanitario.....

Esenzione ticket (codice) .....Provenienza .....

Telefono del paziente.....

Diagnosi di invio .....

.....

Criteri di esclusione	
• Grave instabilità respiratoria o cardiaca • Altre condizioni di grave instabilità clinica	• Significativa disabilità muscoloscheletrica • Significativo impairment cognitivo

Clinica privata per il ricovero (codice 60.00)

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

Data presunta del ricovero:.....

Durata del ricovero:

□ 28 gg. a scopo di riallenamento allo sforzo (scala della dispnea MRC ≥3)

□ 14 gg. a scopo di broncodisostruzione

Indicazioni sul paziente

Terapia farmacologica attuale .....

.....

.....

Ossigenoterapia a lungo termine:

☐ NO ☐ SI: L/min.....

Ventilazione meccanica a lungo termine:

☐ NO ☐ SI

....

Data Firma del Primario o medico specialista delegato

Richiesta da parte della struttura privata per il prolungamento del ricovero

Dati del paziente

Nome e cognome.....

Codice fiscale ..... Nato/a il .....

Struttura privata di presa in carico del paziente

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

Unità operativa di ricovero	Data del ricovero
☐ codice 60.00	.....

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: .....

....

Data Firma del medico specialista richiedente

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

☐ **Richiesta approvata in merito al prolungamento del ricovero**

Numero giornate di degenza autorizzate.....

☐ **Richiesta non approvata**

Motivazione: .....

.....

.....

....

Data Firma del Primario o medico specialista delegato