



# ACCESSO IN OSPEDALE DI COMUNITÀ



CENTRO ASSISTENZA FERMO SISTO ZERBATO  
Via Massalongo, 6 – Tregnago (VR)  
tel. 045/7807218

AZIENDA ULSS20 DI VERONA  
Distretto n.4 di S. Bonifacio Verona  
tel. 045/6138433

Inviare al fax del Distretto  
**045/6138170**

Intestatario  
fattura

## MODULO PROPOSTA ACCESSO IN OSPEDALE DI COMUNITÀ DI TREGNAGO

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

Persona di riferimento \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Persona di riferimento \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Provenienza  Ospedale \_\_\_\_\_  Domicilio  ADP  ADI  
Reparto \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

CONDIZIONI GENERALI  BUONE  DISCRETE  SCADENTI  PESSIME

STATO MENTALE  LUCIDO  DISORIENTATO ULCERE DA DECUBITO SI  NO

OSSIGENOTERAPIA SI  NO  ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE SI  NO

SONDINO SI  NO  CVC SI  NO  PEG SI  NO

TRACHEOSTOMIA SI  NO  DIABETICO SI  NO  INSULINODIPENDENTE SI  NO

CATETERE VESCICALE SI  NO  INCONTINENTE SI  NO

CAMMINO AUTONOMO SI  NO  CARROZZINA SI  NO

AUSILIO SI  NO  SE SI QUALE \_\_\_\_\_

Motivo per l'ingresso ed eventuale diagnosi di dimissione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Terapia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Abbisogna di convalescenza post chirurgica  post internistica  riabilitativa

N.B. 1. Al momento della dimissione allegare copia degli esami strumentali e bioumorali

2. Per i pazienti da domicilio previo accordo con il medico del distretto referente ADI

Data \_\_\_\_\_ Timbro e Firma Medico proponente

Si autorizza  SI  NO  Medico del Distretto Data \_\_\_\_\_

\* In ottemperanza alla vigente normativa, il servizio di Ospedale di Comunità risulta gratuito per gli assistiti fino al 30° giorno di degenza, dal 31° giorno è richiesta una quota di compartecipazione fissata in 25,00 euro al giorno, che aumenta a 45,00 euro al giorno dal 61° giorno di degenza.