

**RICHIESTA DI ACCOGLIMENTO IN
 OSPEDALE DI COMUNITA'(OdC)**

Indicare l'Ospedale di Comunità (OdC) per cui si chiede l'accoglimento (**inviare la richiesta per una sola struttura, in via preferenziale tra quelle del Distretto di residenza del paziente**):

<input type="checkbox"/> OdC TREGNAGO	<input type="checkbox"/> OdC BOVOLONE	<input type="checkbox"/> OdC Pederzoli (Castelnuovo del Garda)
<input type="checkbox"/> OdC SAN BONIFACIO		<input type="checkbox"/> OdC VALEGGIO
Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4
Invio domanda per mail a: adisbonifacio@aulss9.veneto.it	Invio domanda per mail a: odcbovolone@aulss9.veneto.it	Invio domanda per mail a: coadi.villafranca@aulss9.veneto.it
FAX: 045/6138170 Info: 045/6138433	FAX: 0442/622683 Info: 0442/622449	FAX: 045/6338105 Info: 045/6338488

NB: La richiesta va integrata con la scheda SVAMA sanitaria e cognitiva funzionale

Medico richiedente _____ tel. _____

e-mail a cui inviare l'esito della richiesta _____

(Si prega di compilare in stampatello ed in modo chiaro e leggibile)

PERSONA PER LA QUALE VIENE RICHIESTO L'ACCOGLIMENTO in OdC

Cognome _____ Nome _____ nato/a il ___/___/___

Codice Fiscale _____ Comune di residenza _____

CAREGIVER: Cognome _____ Nome _____

in qualità di _____ Recapiti telefonici _____
(coniuge, figlio, fratello, sorella, ecc)

VIVE: solo con familiare autonomo con familiare dipendente con badante

Cure Domiciliari attive: nessuna Assist.Dom. programmata ADI (infermier., riabil., integrata)

Riquadro da compilare per i soli pazienti ospedalizzati

Ospedale _____ U.O. _____

STATO PRE-RICOVERO: autonomo parzialmente autonomo dipendente

Data ricovero ___/___/___

Diagnosi di ingresso _____

TAMPONE NASOFARINGEO PER COVID-19 NEGATIVO: data

DIAGNOSI PRINCIPALE

MOTIVO e OBIETTIVO PER IL QUALE VIENE RICHIESTO IL RICOVERO IN OdC

CONDIZIONI GENERALI: buone discrete scadenti molto scadenti

STATO MENTALE: lucido disorientato disturbi del comportamento

ULCERE DA DECUBITO: no si, note _____

SONDINO Naso Gastrico: si no PEG: si no note _____

CATETERE VENOSO CENTRALE: no si, tipo _____ data pos. _____

ACCESSO VENOSO PERIFERICO: no si, tipo _____ data pos. _____

TRACHEOSTOMIA: si no OSSIGENOTERAPIA: si no

DIABETE: si no INSULINA: si no

INCONTINENZA: si doppia no CATETERE VESCICALE: no si, data pos. _____

MATERASSO ANTI DECUBITO: si no - peso KG _____

CAMMINO AUTONOMO: si no CARROZZINA: si no

AUSILI: si no Se sì quali: _____

Eventuali note:

TERAPIA IN ATTO:

POSOLOGIA:

PRINCIPALI NECESSITA' CLINICO-ASSISTENZIALI:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> terapia parenterale a lungo termine | <input type="checkbox"/> monitoraggio clinico quotidiano |
| <input type="checkbox"/> titolazione terapia | <input type="checkbox"/> medicazioni quotidiane |
| <input type="checkbox"/> riabilitazione estensiva (allegare valutazione fisiatrica con piano riabilitativo) | <input type="checkbox"/> _____ |

La persona e/o la famiglia sono stati informati e si impegnano a sostenere gli eventuali oneri relativi alla compartecipazione della spesa? (ai sensi della DGR 2091/2015) si no

Data ___/___/___ Firma e timbro del Medico proponente _____

ESITO DELLA VALUTAZIONE	Data _____
<input type="checkbox"/> ACCOGLIBILE: Indice Karnofsky _____ Traiettoria prognostica <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
<input type="checkbox"/> NON ACCOGLIBILE	
Motivazione ed eventuali indicazioni alternative _____	

Il Responsabile Clinico _____ (Medico specialista responsabile clinico)	Il Responsabile organizzativo _____ (Direttore UOC Cure Primarie o suo delegato)