Allegato 1

ASLOristano
Azienda socio-sanitaria locale

DOMANDA DI ACCOGLIMENTO IN

OSPEDALE DI COMUNITA' (OdC)

P.O G.P. DELOGU - GHILARZA

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_____ Telefono_____

Residenza/domicilio _____

Vive: ☐ solo ☐ con familiare autonomo ☐ con familiare dipendente ☐ con badante

☐ Ospite di Struttura: _____

Cure domiciliari attive: ☐ nessuna ☐ Assist. Dom. Programmata ☐ ADI (infermier., riabil. integrata)

CAREGIVER: Cognome_____ Nome _____

in qualità di _____ Telefono _____ Mail _____

(coniuge, figli, fratello, sorella, tutore, amministratore, etc…)

Necessità di Amm di sost: ☐ Si ☐ No Note: _____

Riquadro da compilare per i soli pazienti ospedalizzati

Ospedale: _____ U.O._____

Data Ricovero ___ / ___ / _____ Data presunta di dimissione ___ / ___ / _____

Diagnosi di ingresso: _____

_____

_____

TAMPONE NASO-FARINGEO PER COVID-19 NEGATIVO: data_____

M.E.W.S		2	1	0	1	2	3	Valore
Frequenza Respiratoria		<9		9-14	15-20	21-29	>30	
Frequenza Cardiaca		<40	41-50	51-100	101-110	111-129	>130	
Pressione Arteriosa Sistolica	<70	71-80	81-100	101-199		>200		
Livello di Coscienza				Vigile	Risponde allo stimolo verbale	Risponde allo stimolo doloroso	Non risponde	
Temperatura Corporea (°C)		<35		35-38.5		>38.5		

www.asl5oristano.it

PO "GP Delogu" Ghilarza

Corso Umberto 176, 09074 Ghilarza
Tel. 0785 560250
E.mail: osco.ghilarza@asloristano.it

Responsabile

Dr. Lorenzo E. Fiorin
mail: lorenzoerminio.fiorin@asloristano.it

DIAGNOSI PRINCIPALE ALLA DIMISSIONE

_____

_____

COMORBILITA'

_____

_____

_____

_____

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

❑ Terapia Parenterale

❑ Titolazione terapia

❑ Riabilitazione per ricondizionamento motorio

❑ Monitoraggio clinico quotidiano

❑ Medicazione LdP

❑ Attesa inserimento in RSA / Struttura integrata

❑ Altro _____

_____

FARMACO	**POSOLOGIA**	**(o allegare alla domanda Foglio Unico Terapia)**	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Paziente in attesa di INSERIMENTO IN RSA / COMUNITA' INTEGRATA ☐ si ☐ no (necessario allegare domanda di inserimento e verbale di accettazione rilasciato dal PUA di competenza)

Data __ / __ / ____ Firma e timbro del Medico Proponente _____

CONDIZIONI DEL PAZIENTE AL MOMENTO DEL TRASFERIMENTO

(da compilarsi in relazione allo status clinico delle ultime 24/48 ore)

Variazioni di terapia: ☐ no ☐ si, quali _____

Ulteriori problematiche: ☐ no ☐ si, quali _____

_____

_____

_____

M.E.W.S. _____

Data: __ / __ / _____

Il Medico dimettente / MMG / Specialista

_____

(timbro e firma)