Allegato 2

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_____ Residenza _____

Domicilio _____ Telefono_____ Mail _____

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

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 Tutore: Si ☐ No ☐ Note: _____

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		

DIAGNOSI PRINCIPALE

_____

_____

_____

COMORBILITA'

_____

_____

_____

_____

TAMPONE NASO-FARINGEO PER COVID-19 NEGATIVO: data_____

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

_____

_____

_____

PRINCIPALI NECESSITA' CLINICO-ASSISTENZIALI:

- ☐ terapia parenterale _____
- ☐ monitoraggio clinico quotidiano
- ☐ medicazioni quotidiane _____
- ☐ _____
- ☐ _____

CONDIZIONI GENERALI: ☐ buone ☐ discrete ☐ scadenti ☐ molto scadenti

STATO MENTALE: ☐ lucido ☐ disorientato ☐ disturbi del comportamento

ULCERE DA DECUBITO: ☐ no ☐ si, note_____

S.N.G. ☐ 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 lt/min _____

DIABETE ☐ si ☐ no INSULINA: ☐ si ☐ no

INCONTINENZA ☐ si ☐ doppia ☐ no CATETERE VESCIC ☐ no ☐ si data pos_____

MATERASSO ANTIDECUBITO ☐ no ☐ si peso kg_____

CAMMINO AUTONOMO: ☐ si ☐ no CARROZZINA: ☐ si ☐ no

AUSILI: ☐ no ☐ si, quali_____

ALLERGIE: ☐ no ☐ si, quali_____

Eventuali Note: _____

_____

_____

FARMACO	POSOLOGIA	FARMACO	POSOLOGIA
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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)

La persona e/o famiglia sono stati informati e si impegnano a sostenere eventuali oneri relativi alla compartecipazione alla spesa? ☐ Si ☐ No

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