

	PROPOSTA DI RICOVERO IN OSPEDALE DI COMUNITA' Tel. 0827877422 e-mail: odc@aslavellino.it	Modulo 01/ OdC Rev 1 del 08.11.2021
--	---	--

Protocollo di presa d'atto

n. _____ del _____

a cura del Personale OdC

Proposta di ricovero in Ospedale di Comunità del:

- ☐ Medico di Medicina Generale
☐ Medico di CA
☐ Medico UVI del Distretto Sanitario di _____
☐ Medico Ospedaliero di _____

Dr/Dr.ssa _____

Tel. amb./rep. _____ Fax _____ Tel. cellulare _____

Per l'ospite

Cognome _____ Nome _____		Sesso ☐ f ☐ m
Data di nascita ____/____/____		Luogo _____
Comune di residenza _____		Prov. _____
Indirizzo _____		n° _____
Tel. abitazione _____		Tel. cellulare _____
Codice Fiscale _____		ASL di appartenenza _____
Familiare di riferimento _____		recapiti _____
Vaccinazione COVID-19		☐ SI ☐ NO

Diagnosi _____

prognosi già definita ☐ SI ☐ NO

criteri di esclusione

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| • Pazienti con instabilità clinica cardio-vascolare o neurologica | ☐ si | ☐ no |
| • Pazienti in fase di terminalità | ☐ si | ☐ no |
| • Pazienti che richiedono assistenza medica continuativa | ☐ si | ☐ no |
| • Pazienti che necessitano di inquadramento diagnostico | ☐ si | ☐ no |

Luogo di provenienza dell'assistito:

- ☐ domicilio **senza** Cure Domiciliari
☐ domicilio **con** Cure Domiciliari
☐ ricoverato presso _____
☐ da struttura socio – sanitaria _____

Data proposta ____/____/____

Il medico
 (Firma e Timbro)

Valutazione Sanitaria ed assistenziale

Problemi Clinici Attuali

Comorbidità:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Ipertensione Arteriosa | ☐ Scompenso Cardiaco | ☐ Ictus pregresso |
| ☐ Diabete Mellito | ☐ IMA pregresso | ☐ Malattia Psichiatrica |
| ☐ Malattie Congenite | ☐ Cirrosi | ☐ Allergia |
| ☐ Insufficienza Renale Cronica | ☐ Insufficienza Respiratoria Cronica | ☐ Altro _____ |

Terapia in atto:

Presidi:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Catetere Vescicale | ☐ Port-A-Cath/ CVC | ☐ Stomia Intestinale |
| ☐ SNG | ☐ Medicazioni Complesse | ☐ Tracheostomia |
| ☐ Pace Maker | ☐ Ureterostomia | ☐ PEG/Digiunostomia |
| ☐ Ventilazione Assistita | ☐ Ventilazione Automatica | ☐ Altro _____ |

Presenza di persone che accudiscono il paziente:

- ☐ nessuna ☐ badante ☐ familiare ☐ familiare + badante

Indice di Barthel

scala di valutazione delle attività della vita quotidiana

Item	A	B	C
Alimentazione			
Abbigliamento			
Toilette personale			
Fare il bagno			
Continenza intestinale			
Continenza urinaria			
Uso dei servizi igienici			
Trasferimenti letto/sedia			
Camminare in piano			
Salire/scendere le scale			

A = dipendente; B = con aiuto; C = autonomo

Orientamento Spaziotemporale

Si ☐ No ☐ Non Valutabile ☐

L'infermiere

Il medico

Per accettazione l'Ospite/ Familiare/ Tutore _____