

## 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 LE BETULLE (Verona)	<input type="checkbox"/> OdC TREGNAGO* <input type="checkbox"/> OdC SAN BONIFACIO	<input type="checkbox"/> OdC BOVOLONE	<input type="checkbox"/> OdC P.Pederzoli (Castelnuovo del Garda) <input type="checkbox"/> OdC Valeggio
<b>Distretto 1</b>	<b>Distretto 2</b>	<b>Distretto 3</b>	<b>Distretto 4</b>
Invio domanda per mail a: <a href="mailto:adid1viacampania@aulss9.veneto.it">adid1viacampania@aulss9.veneto.it</a> Info: 045/8157342	Invio domanda per mail a: <a href="mailto:adisbonifacio@aulss9.veneto.it">adisbonifacio@aulss9.veneto.it</a> FAX: 045/6138170 Info: 045/6138433	Invio domanda per mail a: <a href="mailto:odcbovolone@aulss9.veneto.it">odcbovolone@aulss9.veneto.it</a> FAX: 0442/622683 Info: 0442/622449	Invio domanda per mail a: <a href="mailto:coadivillafranca@aulss9.veneto.it">coadivillafranca@aulss9.veneto.it</a> Info: 045/6338488

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

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 \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_

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 (come da normativa vigente)**

**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 litri al minuto \_\_\_\_\_  no

DIABETE:  si  no INSULINA:  si  no

INCONTINENZA:  si  doppia  no CATETERE VESCICALE:  no  si, data pos. \_\_\_\_\_

MATERASSO ANTIDECUBITO  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 fisiatrice 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 \_\_\_\_\_

- ACCOGLIBILE: Indice di Karnofsky \_\_\_\_\_ Traiettoria prognostica  1  2  3
- NON ACCOGLIBILE

Motivazione ed eventuali indicazioni alternative \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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