

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):**

☐ OdC LE BETULLE ☐ OdC AOUI VERONA	☐ OdC TREGNAGO ☐ OdC SAN BONIFACIO	☐ OdC BOVOLONE	☐ OdC Pederzoli (Castelnuovo d G.) ☐ OdC Valeggio ☐ OdC Sacro Cuore di Negrar
Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4
Invio domanda per mail a: cotd1.viadelcapitel@aulss9.veneto.it Info: 045/8787860	Invio domanda per mail a: cotd2.sb@aulss9.veneto.it Info: 045/6138225	Invio domanda per mail a: cotd3.l@aulss9.veneto.it Info: 0442/624370	Invio domanda per mail a: cotd4@aulss9.veneto.it Info: 045/6338690

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

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 litri al minuto _____ ☐ 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:

- ☐ terapia parenterale a lungo termine
- ☐ titolazione terapia
- ☐ riabilitazione estensiva (allegare valutazione fisiatrica con piano riabilitativo)

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

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) ☐ sì ☐ no

Data ___/___/___

Firma e timbro del Medico proponente _____

ESITO DELLA VALUTAZIONE

Data _____

- ☐ ACCOGLIBILE: Indice Karnofsky _____
- ☐ NON ACCOGLIBILE

Traiettoria prognostica ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Motivazione ed eventuali indicazioni alternative _____

Il Responsabile Clinico _____
(Medico specialista responsabile clinico)

Il Responsabile organizzativo _____
(Direttore UOC Cure Primarie o suo delegato)