

ALLEGATO

PROPOSTA DI RICOVERO IN LUNGODEGENZA POST-ACUZIE (codice 60)

COGNOME/NOME MEDICO COMPILATORE	MMG	TELEFONO/FAX
---------------------------------	-----	--------------

Scrivere in stampatello e compilare in modo dettagliato - Le proposte di ricovero incomplete non saranno accolte.

PUÒ ESSERE RICHIESTA ULTERIORE DOCUMENTAZIONE SANITARIA E/O RELAZIONE CLINICA.

Il paziente deve rientrare nei parametri previsti dall'allegato A Decreto n. 17 del 02.03.2012 Commissario ad acta pubblicato sul BURC n. 16 del 12.03.2012

La Lungodegenza post-acuzie (LPA) a prevalenza internistica rappresenta il livello immediatamente successivo al ricovero per acuti indicato ad accogliere in modo specifico pazienti complessi/fragili IN FASE DI STABILIZZAZIONE, con DIAGNOSI e PIANO TERAPEUTICO impostato e con POSSIBILITÀ di RECUPERO FUNZIONALE essendo queste le caratteristiche necessarie per accedere alla Lungodegenza post-acuzie a prevalenza internistica (codice 60).

DATI ANAGRAFICI PAZIENTE

Cognome/Nome _____ ricoverato/a il _____ cartella clinica n. _____

nato/a il _____ a _____

domicilio _____

Cognome/Nome referente _____ telefono _____

A - DIAGNOSI DETTAGLIATA

ASPETTATIVA DI VITA < 3 MESI: SI NO PESO Kg _____

B - OBIETTIVI DEL RICOVERO IN LUNGODEGENZA POST-ACUZIE

C1 - AUTONOMIA Mobilità

Supino → Seduto bordo letto

Seduto → In piedi

Girarsi nel letto

Non possibile

Non possibile

Non possibile

Max assistenza 2 operatori

Max assistenza 2 operatori

Max assistenza 2 operatori

Assistenza 1 operatore

Assistenza 1 operatore

Assistenza 1 operatore

Con sorveglianza

Con sorveglianza

Con sorveglianza

Autonomo

Autonomo

Autonomo

C3 - AUTONOMIA Autosufficienza Mangiare/Bere

Controllo sfinteri

Coscienza

Coma (indicare punteggio GCS) _____

Presente

Assente

Linguaggio

Afasia

Disturbi comportamento

Gravi

Moderati

Assenti/Lievi

C2 - AUTONOMIA Capacità relazionali e cognitive

Disturbi cognitivi

Gravi

Moderati

Assenti/Lievi

Assente Assente
Parziale Parziale
Completo Completo

Igiene personale

Assente
Parziale
Completo

Vestirsi

Assente
Parziale
Completo

D1 - BISOGNI SANITARI

Broncoaspirazione/Drenaggio posturale	<input type="checkbox"/>	Gestione alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/>
Ossigeno terapia (OLT)	<input type="checkbox"/>	Sondino naso-gastrico	<input type="checkbox"/>
Ventilazione meccanica non invasiva	<input type="checkbox"/>	Trasfusione emoderivati periodiche	<input type="checkbox"/>
Gestione tracheostomia	<input type="checkbox"/>	Chemioterapia e/o Radioterapia in atto	<input type="checkbox"/>
Gestione catetere venoso centrale	<input type="checkbox"/>	Emodialisi in atto	<input type="checkbox"/>
Gestione stomia	<input type="checkbox"/>	Apparecchio gessato	<input type="checkbox"/>
Cateterismo vescicale	<input type="checkbox"/>	Prelievi venosi periodici programmati	<input type="checkbox"/>

D2 - LESIONI DA DECUBITO: SI NO

SE SI INDICARE STADIO (da I a IV) _____

Dorso	_____	Anca	_____
Gomito	_____	Caviglia	_____
Glutei	_____	Tallone	_____
Regione sacrale	_____	Altro (Specificare):	_____

E - SITUAZIONE FAMILIARE Assenza/Presenza adeguata

tutela socio-familiare Vive solo	<input type="checkbox"/>	Vive in famiglia senza adeguata tutela diurna	<input type="checkbox"/>
Vive con familiare anziano non idoneo	<input type="checkbox"/>	Vive in famiglia senza adeguata tutela notturna	<input type="checkbox"/>
Vive solo, figli non conviventi non disponibili	<input type="checkbox"/>	Vive in famiglia con adeguata tutela	<input type="checkbox"/>
Vive solo, figli non conviventi disponibili	<input type="checkbox"/>	Tutela con personale retribuito	<input type="checkbox"/>
Vive in famiglia non disponibile senza supporto	<input type="checkbox"/>	Interventi di rete	<input type="checkbox"/>

L'ammissione al ricovero è subordinata ai criteri di accesso in Lungodegenza post-acuzie a prevalenza internistica previsti dal Decreto n. 17 del 02.03.2012 Commissario ad acta pubblicato sul BURC n. 16 del 12.03.2012

CONSENSO AL TRASFERIMENTO IN REPARTO DI POST ACUZIE

Io sottoscritto nato ail

Informato sull'opportunità di prosecuzione delle cure necessarie (rialititative e/ o assistenziali), dichiaro di accettare il trasferimento presso la struttura di seguito specificata.

Struttura prescelta : Casa di cura Villa Chiarugi Nocera Inferiore.

Data

Firma.....

del Pz o chi ne fa le veci

Data

Timbro e Firma del Medico.....