



Al Dirigente Responsabile
Lungodegenza Medica (cod. 60)
Struttura Sanitaria Polifunzionale Villa Chiarugi fax
081-5178011
lungodegenza@villachiarugi.it * info@villachiarugi.it

PROPOSTA DI RICOVERO LUNGODEGENZA

COGNOME/NOME MEDICO COMPILATORE	OSPEDALE/REPARTO	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, caratteristiche necessarie per accedere alla Lungodegenza post-acuzie a prevalenza internistica (codice 60).

DATI ANAGRAFICI

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

Girarsi nel letto

Non possibile
Max assistenza 2 operatori
Assistenza 1 operatore
Con sorveglianza
Autonomo

Supino → Seduto bordo letto

Non possibile
Max assistenza 2 operatori
Assistenza 1 operatore
Con sorveglianza
Autonomo

Seduto → In piedi

Non possibile
Max assistenza 2 operatori
Assistenza 1 operatore
Con sorveglianza
Autonomo

Equilibrio seduto

Non possibile
< 15'
< 30'
Fino a 60'
> 60'

Deambulazione

Non possibile
Max assistenza 2 operatori
Assistenza 1 operatore
Con sorveglianza
Autonomo

C2 - AUTONOMIA Capacità relazionali e cognitive

Disturbi cognitivi

Gravi
Moderati
Assenti/Lievi

Disturbi comportamento

Gravi
Moderati
Assenti/Lievi

Linguaggio

Afasia
Normale

Coscienza

Coma (indicare punteggio GCS) _____
Presente

C3 - AUTONOMIA Autosufficienza

Controllo sfinteri

Assente
Parziale
Completo

Igiene personale

Assente
Parziale
Completo

Deglutizione

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'INTERESSATO ATTUALMENTE SI
TROVA PRESSO:

OSPEDALE _____

STRUTTURA DI RIABILITAZIONE _____

F - CONSENSO AL TRASFERIMENTO PRESSO LA LUNGODEGENZA VILLA CHIARUGI:

Io sottoscritto _____ nato a _____ il _____ informato sull'opportunità di prosecuzione delle cure necessarie (riabilitative e/o assistenziali) dichiaro di accettare il trasferimento presso la Casa di Cura Villa Chiarugi (*Firma del paziente o di chi ne fa le veci*) _____

DATA _____ FIRMA/TIMBRO DEL MEDICO PROPONENTE _____

Leggere con attenzione

Laddove le notizie riportate risultassero – (in sede di valutazione clinica preliminare al ricovero ad opera di un sanitario del reparto di lungodegenza della Casa di Cura Villa Chiarugi) tali da non consentire il Piano Terapeutico Assistenziale Proposto, - il trasferimento in lungodegenza potrà essere giudicato non compatibile con la capacità operativa della struttura ospitante. **In caso di valutazione favorevole, il trasferimento potrà essere, su richiesta, attuato a cura di Villa Chiarugi con ambulanza in dotazione ed assistenza medica a bordo.**

PARTE RISERVATA ALLA CASA DI CURA VILLA CHIARUGI

PARERE DEL MEDICO DI REPARTO	<input type="checkbox"/> FAVOREVOLE	<input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE
NOTE _____ _____		
FIRMA/TIMBRO MDR _____		

La presente "Proposta di ricovero in Lungodegenza post-acuzie" può essere inviata via mail info@villachiarugi.it via fax 0815178011 oppure presentata direttamente all'Ufficio Accettazione dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 15.00 ed il sabato dalle 8.30 alle 12.00.

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

Data _____

_____ TIMBRO e FIRMA MEDICO COMPILATORE