
Annuncio di ricovero e richiesta di garanzia per cure riabilitative

ISTANZA INVIANTE

Alla cortese attenzione
Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli
Riabilitazione cardiovascolare
6500 Bellinzona

Medico inviante (nome e cognome leggibile o timbro)

Ns. rif.: ,

Cognome e nome:

Medico curante:

Data di nascita:

Garante:

Indirizzo:

Nr. assicurato:

Telefono:

Classe assic. del paziente:

Lingua parlata:

Numero assicurazione sociale (N° AVS):

Il paziente parla e comprende l'italiano? Sì No

Egregio Collega,

per il/la paziente sopraccitato/a, che si trova in _____ a seguito di _____, inoltro richiesta di garanzia e ricovero per trattamenti di _____ in regime _____, presso la clinica/istituto:

Con la presente, assieme alle diagnosi, alle annotazioni anamnestiche riguardanti il motivo e le indicazioni riabilitative in nostro possesso, la informiamo, in ossequio all'art. 32 LAMal, sugli obiettivi riabilitativi, sugli interventi e sui tempi indicativi per raggiungerli.

DIAGNOSI PRINCIPALE

(È necessaria una coerenza tra la diagnosi e i trattamenti offerti dall'istituto in cui viene trasferito il paziente)

DIAGNOSI SECONDARIE

(Indicare massimo 3 diagnosi secondarie)

INFORMAZIONI IMPORTANTI:

Paziente richiede **isolamento perché portatore di germe multiresistente**, specificare:

INTERVENTO E/O TRATTAMENTO EFFETTUATO

(Indicare l'intervento principale e massimo 3 interventi secondari)

TERAPIA

(Specificare terapia orale, s/c, i/v, ossigeno, inalazioni, cerotti transdermici)

DEFICIT FUNZIONALI / DISABILITÀ ATTUALI

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> importante dipendenza assistenziale nelle ADL | <input type="checkbox"/> deficit cognitivo-comportamentale |
| <input type="checkbox"/> deambulazione invalidante | <input type="checkbox"/> disturbi respiratori |
| <input type="checkbox"/> transfert impossibile senza aiuti | <input type="checkbox"/> disfagia |
| <input type="checkbox"/> disturbi dell'equilibrio con rischi di caduta | <input type="checkbox"/> altro (specificare): |

MOTIVI PER I QUALI GLI OBIETTIVI NON SONO PERSEGUIBILI CON TRATTAMENTO AMBULATORIALE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ematoma / gonfiore / tensione della ferita | <input type="checkbox"/> stabilità insufficiente per l'allenamento |
| <input type="checkbox"/> impossibile accesso alle terapie ambulatoriali | <input type="checkbox"/> comorbidità non controllata, con importanti o plurime manifestazioni |
| <input type="checkbox"/> algia importante limitante | <input type="checkbox"/> quadro clinico resistente alla terapia ambulatoriale |
| <input type="checkbox"/> labilità a livello psichico | |
| <input type="checkbox"/> decorso complicato con infezione / algodistrofia / decubito | |

OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> esecuzione indipendente e/o potenziamento delle attività basali e/o strumentali della vita quotidiana
<input type="checkbox"/> valutazione, prescrizione e addestramento all'uso corretto di ausili, protesi, ortesi
<input type="checkbox"/> rieducazione e/o potenziamento della deambulazione e/o della stabilità posturale
<input type="checkbox"/> riabilitazione/educazione ai transfer
<input type="checkbox"/> prevenzione del rischio di cadute
<input type="checkbox"/> recupero e/o potenziamento della funzione deglutitoria e alimentare
<input type="checkbox"/> correzione dello stato di malnutrizione
<input type="checkbox"/> recupero e/o potenziamento delle funzioni cognitive (attenzione, memoria, ragionamento)
<input type="checkbox"/> recupero e/o potenziamento delle funzioni del linguaggio e della comunicazione
<input type="checkbox"/> mantenimento o reintegrazione nel contesto lavorativo
<input type="checkbox"/> altro (elencare le funzioni da riabilitare/riattivare): | <input type="checkbox"/> rieducazione fisica/cognitiva per migliorare lo stato del paziente a domicilio
<input type="checkbox"/> continuazione delle cure sotto sorveglianza medica dopo <input type="checkbox"/> una malattia acuta / <input type="checkbox"/> intervento chirurgico
<input type="checkbox"/> valutazione della terapia di una malattia cronica sotto sorveglianza continua
<input type="checkbox"/> riattivazione sotto sorveglianza medica dopo trauma
<input type="checkbox"/> trattamenti di medicina palliativa
<input type="checkbox"/> evitare intervento chirurgico
<input type="checkbox"/> terapia antalgica
<input type="checkbox"/> terapia/trattamento funzionale della lesione
<input type="checkbox"/> miglioramento della tolleranza allo sforzo, dei sintomi di angina e di scompenso
<input type="checkbox"/> correzione/miglioramento del profilo di rischio cardiovascolare |
|--|---|

STIMA ATTUALE DELLA DURATA DEL SOGGIORNO PER RAGGIUNGERE GLI OBIETTIVI

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> fino a 2 settimane | <input type="checkbox"/> 3 a 4 settimane | <input type="checkbox"/> 6 a 8 settimane |
| <input type="checkbox"/> 2 a 3 settimane | <input type="checkbox"/> 4 a 6 settimane | <input type="checkbox"/> oltre 8 settimane |

RIENTRO AL DOMICILIO

- sicuro probabile non possibile
 iscritto in casa anziani (specificare quale):
 altro istituto (specificare quale):

ALTRE OSSERVAZIONI D'INTERESSE CLINICO-RIABILITATIVO**RAPPORTI SPECIALISTICI E DOSSIER RADIOLOGICO ALLEGATI**

Dichiaro che una copia di questo scritto, unitamente se necessario, ai rapporti specialistici, può essere inviata al medico di fiducia del garante.

Resto volentieri a disposizione per ulteriori informazioni. Nell'attesa di un vostro positivo riscontro mi è gradita l'occasione per porgerle collegiali saluti.

Timbro: Firma del medico:

