

Annuncio di ricovero e richiesta di garanzia per cure riabilitative (Faido e Novaggio)

Documento da inviare via email a gestioneletti.CREOC@eoc.ch

ISTANZA INVIANTE

Alla cortese attenzione

Clinica di Riabilitazione EOC
Via E. Schwarz 6
Novaggio - CH - 6986

Medico inviante (nome e cognome leggibile o timbro)

Ns. rif.:

Cognome e nome:		Garante:												
Data di nascita:		Classe assic. del paziente:												
Via:		Medico curante:												
Località:														
Telefono:														
Lingua parlata:														
Data del presunto trasferimento:		Data prossima visita specialistica:												
Altre informazioni importanti:	<input type="checkbox"/> Paziente richiede isolamento , specificare:													
	<input type="checkbox"/> Paziente dializzato . <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> L</td><td><input type="checkbox"/> M</td><td><input type="checkbox"/> M</td><td><input type="checkbox"/> G</td><td><input type="checkbox"/> V</td><td><input type="checkbox"/> S</td></tr><tr><td colspan="6">specificare quando: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td></tr></table> <input type="checkbox"/> Mattina <input type="checkbox"/> Pomeriggio			<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> S	specificare quando: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> S									
specificare quando: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>														

Egregio Collega,

per il/la paziente sopraccitato/a, che si trova in _____ a seguito di _____ , inoltra richiesta di garanzia e ricovero per trattamenti di **riabilitazione** presso la Clinica di Riabilitazione EOC.

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.

Ai fini del presente modulo, il paziente è stato informato e ha autorizzato EOC a rilasciare le informazioni sanitarie e dati personali contenuti nella cartella clinica agli operatori sanitari sopraccitati e autorizzati per il trattamento di questi dati.

Il trattamento dei dati di cui al presente modulo è svolto nel rispetto delle disposizioni della Legge federale (LDP, RS 235.1), Cantonale (LPDP, RL 163.100), Legge Sanitaria (LSan, RS 801.100), e successive modifiche ed integrazioni.

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)

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:

ALLEGATO PER L'ANNUNCIO DI RICOVERO

(Documento da inviare solo all'istituto di cura presso cui sarà trasferito il paziente alla dimissione dall'ospedale)

DEFICIT FUNZIONALI E COGNITIVI / DISABILITÀ ATTUALI*

CONFIDENZIALE

Respirazione:	<input type="checkbox"/> Eupnoico <input type="checkbox"/> Dispnoico	<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia <input type="checkbox"/> Inalazioni	<input type="checkbox"/> Tracheostomia <input type="checkbox"/> Aspirazione
Cura del corpo:	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Aiuto parz. al lavandino <input type="checkbox"/> Aiuto totale al lavandino <input type="checkbox"/> Toilette completa a letto <input type="checkbox"/> Aiuto per doccia/bagno	<input type="checkbox"/> Paziente necessita materasso antidecubito <input type="checkbox"/> Paziente presenta ferite/lesioni , specificare: VAC terapia: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Mobilizzazione**:	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parz. dipendente <input type="checkbox"/> Compl. dipendente <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Sedia a rotelle <input type="checkbox"/> Girello <input type="checkbox"/> Stampelle/bastone <input type="checkbox"/> Deambulatore <input type="checkbox"/> Nessun ausilio	<input type="checkbox"/> Paziente necessita misure di contenzione , specificare:
Alimentazione:	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Imboccare <input type="checkbox"/> Stimolare a bere/mangiare <input type="checkbox"/> Disfagia per: <input type="checkbox"/> liquidi <input type="checkbox"/> solidi	<input type="checkbox"/> Dieta: <input type="checkbox"/> Sonda/PEG Tipo di alimentazione: kcal:	
Eliminazione:	Eliminazione intestinale: <input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Incontinente <input type="checkbox"/> Stomia	Eliminazione vescicale: <input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Incontinente <input type="checkbox"/> Stomia <input type="checkbox"/> Catetere vescicale	
Deficit cognitivi:	<input type="checkbox"/> Vigile <input type="checkbox"/> Orientato	<input type="checkbox"/> Non collaborante <input type="checkbox"/> Disorientato (<input type="checkbox"/> giorno <input type="checkbox"/> notte)	<input type="checkbox"/> Vigilanza fluttuante <input type="checkbox"/> Collaborante

SITUAZIONE SOCIALE

Con chi vive: solo/a figli coniuge/partner altra persona

Persona di riferimento: Cognome:

Nome:

Indirizzo:

Numeri di telefono utili:

Rapporto di parentela:

Servizi da attivare/riattivare alla dimissione:

Aiuto domiciliare

 da attivare attivato

Aiuto infermieristico

 da attivare attivato

Pasti a domicilio

 da attivare attivato

Hospice

 da attivare attivato

Altri servizi:

*Le risposte devono essere coerenti con quanto riportato nella sezione "DEFICIT FUNZIONALI/DISABILITÀ ATTUALI" del modulo di richiesta di garanzia.

**Campo obbligatorio. Specificare sempre anche il tipo di ausilio utilizzato dal paziente.