

## RICHIESTA DI RICOVERO PRESSO “IL FOCOLARE”

All' Unità Funzionale HIV

e p. c. al Medico di Medicina Generale curante<sup>1</sup> dott. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

- MEDICO DI MEDICINA GENERALE
- MEDICO DEL REPARTO / DIVISIONE OSPEDALIERA \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

chiede il ricovero del proprio assistito presso Casa Alloggio “ Il Focolare”

### SEZIONE A - DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO

<input type="text"/> COGNOME	<input type="text"/> NOME	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> SESSO
<input type="text"/> DATA DI NASCITA	<input type="text"/> COMUNE DI NASCITA	<input type="text"/>
<input type="text"/> COMUNE DI RESIDENZA	<input type="text"/> VIA	<input type="text"/> N° CIVICO
<input type="text"/> PERSONA DI RIFERIMENTO	<input type="text"/> INDIRIZZO PERSONA DI RIFERIMENTO	<input type="text"/> TEL. PERS. DI RIF.

A tal fine dichiara che il proprio assistito possiede i seguenti requisiti di ammissione

### SEZIONE B - REQUISITI DI AMMISSIONE

- NON AUTOSUFFICIENZA
- INFEZIONE DA HIV COMPLICATA
- AIDS
- SENZA FISSA DIMORA (specificare condizione abitativa: \_\_\_\_\_ )

SUPPORTO FAMILIARE :  ASSENTE  
 TEMPORANEAM. O STABILMENTE INADEGUATO  
 PRESENTE

specificare la motivazione: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> In caso di dimissione protetta ospedaliera

**SEZIONE C - PRESTAZIONI SANITARIE RICHIESTE**

<input type="checkbox"/> assistenza medico generica
<input type="checkbox"/> assistenza infermieristica (specificare):
<input type="checkbox"/> assistenza medico-specialistica infettivologica
<input type="checkbox"/> assistenza riabilitativa e di recupero funzionale (specificare):
<input type="checkbox"/> fornitura di ausili per incontinenza e/o presidi sanitari
<input type="checkbox"/> assistenza psicologica
<input type="checkbox"/> terapia farmacologica (specificare):
<input type="checkbox"/> terapia psichiatrica (specificare):
<input type="checkbox"/> terapia sostitutiva da oppiacei (specificare):

Il paziente presenta :  lesioni da decubito  accesso venoso per NPT  catetere vescicale

sondino naso-gastrico  necessità di carrozzina  assunzione sostanze stupefacenti

problemi alcool correlati  episodi di violenza

disturbi psichiatrici ( indicare diagnosi) \_\_\_\_\_

altro \_\_\_\_\_

Diagnosi alla dimissione ospedaliera: \_\_\_\_\_

Complicanze presenti: \_\_\_\_\_

DURATA PRESUMIBILE DEL RICOVERO IN CASA ALLOGGIO \_\_\_\_\_

**DATA**

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**N.B. Le domande di ricovero devono essere sempre rinnovate ogni 6 mesi mediante invio di breve relazione di aggiornamento sulle condizioni cliniche e sociali del soggetto interessato.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Dichiara di accettare quale luogo di cura la Casa Alloggio “Il Focolare” di Ancona e autorizza i membri dell’equipe della Casa Alloggio “Il Focolare” a prendere contatti con i servizi Territoriali di riferimento per le informazioni utili alla valutazione della domanda di ricovero, dichiara inoltre di avere ricevuto le informazioni di cui all’art. 13 del D.lgs. 196/2003 in particolare riguardo ai diritti da Lei riconosciuti dalla legge ex art. 7 D.lgs. 196/2003), nonché di avere avuto conoscenza che i dati da Lei conferiti hanno natura di dati sensibili e acconsente al trattamento dei Suoi dati con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione del rapporto.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma dell’assistito o di chi ne ha tutela \*

\* In caso di impedimento fisico o psichico che impedisca al paziente di sottoscrivere questa parte del modulo

