

All' Unità Funzionale HIV

e p. c. al Medico di Medicina Generale curante¹ dott. _____

Il sottoscritto Dott. _____

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

MEDICO DEL REPARTO / DIVISIONE OSPEDALIERA Azienda _____

chiede il ricovero del proprio assistito presso "Alloggi Protetti e Riservati"

SEZIONE A - DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO

COGNOME

NOME

 M F

SESSO

DATA DI NASCITA

COMUNE DI NASCITA

COMUNE DI RESIDENZA

VIA

N° CIVICO

PERSONA DI RIFERIMENTO

INDIRIZZO PERSONA DI RIFERIMENTO

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:

¹In 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 DELLA PERMANENZA IN STRUTTURA

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

Il sottoscritto _____ nato a _____ il

residente a _____ in via _____ n° _____ tel.

Dichiara di accettare quale luogo di assistenza uno degli “Alloggi Protetti e Riservati” e autorizza i membri dell’equipe a prendere contatti con i servizi Territoriali di riferimento per le informazioni utili alla valutazione della domanda di ricovero.

Data _____

firma dell’assistito o di chi ne ha tutela *