



il Focolare

Casa Alloggio il Focolare
Via Boranico, 204 60131 Loc. Varano – Ancona
Tel. 071/2914407 fax 0712861309

RICHIESTA DI RICOVERO PRESSO “IL FOCOLARE”

Al responsabile della casa alloggio “Il Focolare”

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

Il sottoscritto dott. _____

Medico di medicina generale

Medico del reparto/divisione _____ Azienda _____

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

SEZIONE A - DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO

COGNOME _____ NOME _____ M F
SESSO CODICE FISCALE _____

DATA DI NASCITA _____ COMUNE DI NASCITA _____ PROVINCIA _____ REGIONE _____

COMUNE DI RESIDENZA VIA _____ N° _____ PROVINCIA _____ REGIONE _____

PERSONA DI RIFERIMENTO _____ INDIRIZZO PERSONA DI RIFERIMENTO _____ N° _____ TELEFONO _____

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

SEZIONE B - REQUISITI DI AMMISSIONE

Non autosufficienza

Infezione da HIV conclamata

AIDS HCV

Datalogie in comorbilità

Senza fissa dimora (specificare condizione abitativa: _____)

Supporto familiare: assente/inadeguato

(specificare la motivazione: _____)

_____)

¹ In caso di dimissione protetta ospedaliera

SEZIONE C - PRESTAZIONI SANITARIE RICHIESTE

- assistenza medico generica
- assistenza infermieristica (specificare): _____
- assistenza medico-specialistica infettivologica
- assistenza riabilitativa e di recupero funzionale (specificare): _____

- fornitura di ausili per incontinenza e/o presidi sanitari
- assistenza psicologica
- terapia farmacologica (specificare): _____

- terapia psichiatrica (specificare): _____

- terapia sostitutiva da oppiacei (specificare): _____

Il paziente presenta: lesioni da decubito accesso venoso per NPT catetere vescicale
 sondino naso-gastrico necessità di carrozzina dipendenza sostanze stupefacenti
 problemi alcool correlati dipendenza psicofarmaci
 disturbi psichici (indicare diagnosi) _____

pendenze penali (specificare) _____

altro: _____

Diagnosi alla dimissione ospedaliera: _____

Data

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

ACCETTAZIONE LUOGO DI CURA "IL FOCOLARE"

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ residente a _____ in via _____
n° _____ provincia _____ 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.

Data _____

_____ Firma dell'assistito o di chi ne ha la tutela²

² In caso di impedimento fisico o psichico che impedisca al paziente di sottoscrivere questa parte del modulo