



Ass. Opere Caritative Francescane
Via Fraz. Varano, 204 – 60131 Ancona
Tel. 0712861309
Cell. +39 3284185455
direzione@ocfmarche.it
operecaritative@pec.it

RICHIESTA DI OSPITALITÀ PRESSO “Alloggi Protetti e riservati”

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

¹ 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 NEL PROGETTO _____

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

Il sottoscritto nato a

Residente a in vian°.....

Dichiara di accettare quale luogo di cura gli “Alloggi protetti e riservati “ di Ancona/Montegiorgio e autorizza i membri dell’equipe degli “Alloggi protetti e riservati “ 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

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