

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

N° CIVICO

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: _____

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 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