


<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Pavia</p>	<p>SCHEDA DI PROPOSTA DI INSERIMENTO IN OSPEDALE DI COMUNITÀ</p> <p>MOD01.TER727.DID01.86006/PRO01</p>	<p>Ed 1 Rev 0 2023</p>
--	---	--------------------------------

<p>SCHEDA DI PROPOSTA DI INSERIMENTO IN OSPEDALE DI COMUNITÀ</p>

da inviare via-e-mail a:

infermieri_famiglia_mede@asst-pavia.it

odc_mede@asst-pavia.it

DATA _____

Cognome e Nome

Data di Nascita Sesso M ☐ F ☐

Residenza

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Medico proponente

N° telefonico

N° telefonico di riferimento

Caregiver di riferimento

Grado di parentela

N° telefonico

PROVENIENZA


☐ Domicilio:

☐ Unità Operativa, Reparto:

Motivazioni e obiettivi del ricovero in Ospedale di Comunità:

.....

.....

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia</p> <p>ASST Pavia</p>	<p>SCHEDA DI PROPOSTA DI INSERIMENTO IN OSPEDALE DI COMUNITÀ</p> <p>MOD01.TER727.DID01.86006/PRO01</p>	<p>Ed 1 Rev 0 2023</p>
---	--	--------------------------------

Previsione della durata del ricovero presso Ospedale di Comunità:

.....

.....

Diagnosi di ingresso e co-morbilità:

.....

.....

Terapia in atto (allegare eventuale terapia):

.....

.....

Programma di trattamento:

.....

.....

Criteri di inclusione e esclusione:

Ventilazione meccanica non invasiva in prosecuzione domiciliare	SI	NO
Ossigeno terapia < 4 litri/minuto	SI	NO
Farmaci in infusione continua	SI	NO
Alimentazione parenterale	SI	NO
Insufficienza acuta d'organo	SI	NO
Stato settico	SI	NO
Patologie psichiatriche attive	SI	NO
Problemi comportamentali non controllati	SI	NO
Deficit cognitivo grave, demenza o wandering	SI	NO
Problematiche socio-ambientali e familiari	SI	NO
Necessità di interventi riabilitativi in strutture dedicate	SI	NO
Patologia oncologica molto avanzata o in fase terminale	SI	NO
Instabilità clinica	SI	NO
Punteggio NEWS ≥ 4 (o uno dei parametri > 3)	SI	NO
Indice di Intensità Assistenziale (IIA) < 1 o > 3	SI	NO
Necessità di prescrizione ausili	SI	NO
Problematiche di rientro al domicilio	SI	NO

Data di compilazione: ____ / ____ / ____

Firma del Medico proponente

Firma dell'interessato e/o caregiver