

MS.US.09 Rev. 00 FEB.2014 Pagina 1 di 2	DIREZIONE SANITARIA	Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Polo Emilia Marche CENTRO "E. BIGNAMINI" Via Matteotti, 56 – 60015 Falconara (AN)	
RICHIESTA DI RICOVERO IN UNITA' SPECIALE PER DISABILITA' GRAVI IN ETA' EVOLUTIVA			

Reparto di Riabilitazione U.S.D.G.E.E. – Tel. 071 9160974 – Fax 071 9164178

DA COMPILARE DA PARTE DEI FAMIGLIARI DEL PAZIENTE

Si richiede ricovero nel reparto U.S.G.D.E.E. presso il Vs. Centro:

COGNOME _____ NOME _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Comune di residenza _____ via _____

Comune di domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Tel. e cell. _____ Familiare _____

Motivo del ricovero in U.S.D.G.E.E. :

La trasmissione della richiesta di ricovero non ha valore di prenotazione del posto letto. Pertanto la programmazione del ricovero verrà effettuata dal sanitario del Centro in base alla richiesta inviata dal medico ospedaliero o dal medico di famiglia (se il paziente è stato dimesso, il ricovero può essere effettuato solamente entro i 30 gg. dalla dimissione ospedaliera).

Il Centro è accreditato come struttura ex art. 26 Legge 833/1978 per questo in caso di residenza extra regione Marche, è necessario che il ricovero sia preventivamente autorizzato dall'Azienda Sanitaria di residenza, secondo le modalità che ciascuna regione ha adottato.

Ai sensi del D.Lvo 196/2003 autorizzo la Fondazione don C. Gnocchi Onlus al trattamento dei dati personali e sensibili da me dichiarati nella presente richiesta, ai fini della presa in carico in regime di ricovero.

Data di consegna _____ Firma genitore o tutore _____

All'atto del ricovero presso il nostro Centro il paziente deve essere fornito di:

- **impegnativa del medico curante per "RICOVERO PER RIABILITAZIONE IN UNITA' SPECIALE DISABILITA' GRAVI IN ETA' EVOLUTIVA IN STRUTTURA EXTRAOSPEDALIERA PER (specificare la diagnosi)"**
- **documento di riconoscimento o autocertificazione dei genitori**
- **lettera di dimissione ospedaliera**
- **autorizzazione U.S.L. di riferimento (per residenti fuori regione, anche se con domicilio sanitario nella regione Marche)**

MS.US.09 Rev. 00 FEB.2014 Pagina 2 di 2	DIREZIONE SANITARIA	Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Polo Emilia Marche CENTRO "E. BIGNAMINI" Via Matteotti, 56 – 60015 Falconara (AN)	
RICHIESTA DI RICOVERO IN UNITA' SPECIALE PER DISABILITA' GRAVI IN ETA' EVOLUTIVA			

Reparto di Riabilitazione U.S.D.G.E.E. – Tel. 071 9160974 – Fax 071 9164178

DA COMPILARE DAL MEDICO DEL REPARTO O DI FAMIGLIA

- Attualmente ricoverato in :

Ospedale di _____ Reparto _____ Tel. _____

E' prevista la dimissione il _____

- Già dimesso : dimesso dalla data _____

Attualmente a domicilio

Altro

a) Diagnosi

b) Motivo del ricovero in U.S.G.D.E.E. :

CENNI SULL'ATTUALE SITUAZIONE CLINICA

- Segnalare l'eventuale presenza di una o più delle seguenti condizioni:

portatore di cannula tracheale ventilazione assistita NIV CVC PORT alimentazione
con PEG nutrizione enterale nutrizione parenterale sondino NG disturbi deglutizione
catetere vescicale permanente cateterismi intermittenti incontinenza sfinterica stomie
lesioni da pressione crisi epilettiche insufficienza renale cronica diabete mellito m.
respiratorie ossigeno terapia terapia endovenosa terapia con farmaci ospedalieri
infezioni _____ misure di isolamento altro _____

- Specificare eventuali situazioni di instabilità clinica _____

In caso di utilizzo di apparecchiature/presidi domiciliari, si prega cortesemente di indicare se è stata avviata la prassi per la fornitura tramite SSN o se già posseduti dal paziente.

1. Ventilatori si no

2. Umidificatore si no

3. In-exufflator si no

4. Ausili si no se si quali: _____

5. Presidi medici _____

Data di consegna _____ Firma e timbro del medico _____