**ANNUNCIO DI RICOVERO E RICHIESTA DI GARANZIA PER CURE RIABILITATIVE**

|  |  |
| --- | --- |
| **ISTANZA INVIANTE** | Alla cortese attenzione del**Servizio gestione pazienti****Clinica Hildebrand****Centro di riabilitazione Brissago**Via Crodolo CH-6614 Brissago**richieste.garanzia@clinica-hildebrand.ch** |
|  |
| Medico inviante (nome e cognome leggibile o timbro): Dr. med.      |
| Ns. rif.:       |      ,      |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome:**      **Data di nascita:**       /      /     **Indirizzo:**      **Telefono:** **Lingua madre:** | **Medico curante:****Garante:**       **Nr. assicurato:**       **Classe assic. del paziente:**  **Numero assicurazione sociale (N° AVS):**      |
| **Il paziente parla e comprende l’italiano? Sì** **[ ]  No [ ]**  |

Egregio Collega,

per il/la paziente sopraccitato/a, che si trova in       a seguito di , inoltro richiesta di garanzia e ricovero per trattamenti di        in regime , presso la clinica/istituto: .

Con la presente, assieme alle diagnosi, alle annotazioni anamnestiche riguardanti il motivo e le indicazioni riabilitative in nostro possesso, la informiamo, in ossequio all’art. 32 LAMal, sugli obiettivi riabilitativi, sugli interventi e sui tempi indicativi per raggiungerli.

**Ai fini del presente modulo, il paziente è stato informato e ha autorizzato a rilasciare le informazioni sanitarie e dati personali contenuti nella cartella clinica agli operatori sanitari sopracitati e autorizzati per il trattamento di questi dati.**

**Il trattamento dei dati di cui al presente modulo è svolto nel rispetto delle disposizioni della Legge federale (LDP, RS 235.1), Cantonale (LPDP, RL 163.100), Legge Sanitaria (LSan, RS 801.100), e successive modifiche ed integrazioni.**

**SITUAZIONE SARS-COV2**

|  |  |
| --- | --- |
| Paziente immunizzato | [ ]  Sì[ ]  No |
| Malattia confermata il (test PCR) |       |
| Vaccino |  |
| Tipo vaccino | [ ]  Pfizer[ ]  Moderna[ ]  BioNTech[ ]  Altro       |
| Data prima dose |       |
| Data seconda dose |       |
| Altre dosi |       |
| Verificato certificato con codice QR | [ ]  |
| Autocertificazione |       |
| Osservazioni |       |

**DIAGNOSI PRINCIPALE**

*(È necessaria una coerenza tra la diagnosi e i trattamenti offerti dall’istituto in cui viene trasferito il paziente)*

**DIAGNOSI SECONDARIE**

*(Indicare massimo 3 diagnosi secondarie)*

**INFORMAZIONI IMPORTANTI**

[ ]  Paziente richiede **isolamento perché portatore di germe multiresistente**, specificare:

**INTERVENTO E/O TRATTAMENTO EFFETTUATO**

*(Indicare l’intervento principale e massimo 3 interventi secondari)*

**TERAPIA**

*(Specificare terapia orale, s/c, i/v, ossigeno, inalazioni, cerotti transdermici)*

**DEFICIT FUNZIONALI / DISABILITÀ ATTUALI**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  importante dipendenza assistenziale nelle ADL | [ ]  deficit cognitivo-comportamentale |
| [ ]  deambulazione invalidante  | [ ]  disturbi respiratori |
| [ ]  transfert impossibile senza aiuti | [ ]  disfagia |
| [ ]  disturbi dell’equilibrio con rischi di caduta | [ ]  altro (specificare):       |

**MOTIVI PER I QUALI GLI OBIETTIVI NON SONO PERSEGUIBILI CON TRATTAMENTO AMBULATORIALE**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  ematoma / gonfiore / tensione della ferita[ ]  impossibile accesso alle terapie ambulatoriali[ ]  algia importante limitante [ ]  labilità a livello psichico[ ]  decorso complicato con infezione /  algodistrofia / decubito | [ ]  stabilità insufficiente per l'allenamento[ ]  comorbidità non controllata, con importanti o plurime manifestazioni[ ]  quadro clinico resistente alla terapia ambulatoriale |

**OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  esecuzione indipendente e/o potenziamento delle **attività** **basali** e/o **strumentali della vita quotidiana**[ ]  valutazione, prescrizione e addestramento all’uso corretto di **ausili, protesi, ortesi** [ ]  rieducazione e/o potenziamento della **deambulazione** e/o della **stabilità posturale**[ ]  riabilitazione/educazione ai **transfer**[ ]  prevenzione del **rischio di cadute**[ ]  recupero e/o potenziamento della **funzione deglutitoria e alimentare**[ ]  correzione dello **stato di** **malnutrizione**[ ]  recupero e/o potenziamento delle **funzioni cognitive** (attenzione, memoria, ragionamento) [ ]  recupero e/o potenziamento delle **funzioni del linguaggio e della comunicazione**[ ]  mantenimento o reintegrazione nel **contesto lavorativo** | [ ]  **rieducazione fisica/cognitiva** per migliorare lo stato del paziente a domicilio[ ]  **continuazione delle cure** sotto sorveglianza medica dopo [ ]  una malattia acuta / [ ]  intervento chirurgico[ ]  valutazione della terapia di una **malattia cronica** sotto sorveglianza continua[ ]  riattivazione sotto sorveglianza medica dopo **trauma**[ ]  trattamenti di **medicina palliativa**[ ]  evitare **intervento chirurgico**[ ]  **terapia antalgica**[ ]  terapia/trattamento funzionale della **lesione**[ ] miglioramento della **tolleranza allo sforzo, dei sintomi di angina e di scompenso**[ ]  correzione/miglioramento del profilo di **rischio cardiovascolare** |
| [ ]  altro (elencare le funzioni da riabilitare/riattivare):       |

**STIMA ATTUALE DELLA DURATA DEL SOGGIORNO PER RAGGIUNGERE GLI OBIETTIVI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  fino a 2 settimane | [ ]  3 a 4 settimane | [ ]  6 a 8 settimane |
| [ ]  2 a 3 settimane | [ ]  4 a 6 settimane | [ ]  oltre 8 settimane |

**RIENTRO AL DOMICILIO**

|  |
| --- |
| [ ]  sicuro [ ]  probabile [ ]  non possibile [ ]  iscritto in casa anziani (specificare quale):      [ ]  altro istituto (specificare quale):       |

**ALTRE OSSERVAZIONI D’INTERESSE CLINICO-RIABILITATIVO**

**RAPPORTI SPECIALISTICI E DOSSIER RADIOLOGICO ALLEGATI**

Dichiaro che una copia di questo scritto, unitamente se necessario, ai rapporti specialistici, può essere inviata al medico di fiducia del garante.

Resto volentieri a disposizione per ulteriori informazioni. Nell’attesa di un vostro positivo riscontro mi è gradita l’occasione per porgerle collegiali saluti.

Timbro: .............................................. Firma del medico: ……..………………………….………....

**ALLEGATO PER L’ANNUNCIO DI RICOVERO**

***(Documento da inviare solo all’istituto di cura presso cui sarà trasferito il paziente alla dimissione dall’ospedale)***

**DEFICIT FUNZIONALI E COGNITIVI / DISABILITÀ ATTUALI\***

|  |  |
| --- | --- |
| **Respirazione:** | [ ]  Eupnoico [ ]  Ossigenoterapia [ ]  Tracheostomia[ ]  Dispnoico [ ]  Inalazioni [ ]  Aspirazione  |
| **Cura del corpo:** | [ ]  Autonomo[ ]  Aiuto parz. al lavandino [ ]  Aiuto totale al lavandino[ ]  Toilette completa a letto [ ]  Aiuto per doccia/bagno  | [ ]  Paziente necessita **materasso**  **antidecubito**[ ]  Paziente presenta **ferite/lesioni**,  specificare:        VAC terapia: [ ]  Si [ ]  No |
| **Mobilizzazione\*\*:** | [ ]  Autonomo [ ]  Parz. dipendente [ ]  Compl. dipendente[ ]  Altro       | [ ]  Sedia a rotelle[ ]  Girello [ ]  Stampelle/bastone[ ]  Deambulatore[ ]  Nessun ausilio | [ ]  Paziente necessita misure di **contenzione**, specificare:        |
| **Alimentazione:** | [ ]  Autonomo [ ]  Imboccare[ ]  Stimolare a bere/mangiare [ ]  **Disfagia** per: [ ]  liquidi [ ]  solidi |  [ ]  Dieta:         [ ]  Sonda/PEG Tipo di alimentazione:         kcal:        |
|  **Eliminazione:** | Eliminazione intestinale:[ ]  Continente[ ]  Incontinente [ ]  Stomia | Eliminazione vescicale:[ ]  Continente [ ]  Incontinente [ ]  Stomia [ ]  Catetere vescicale |
| **Deficit****cognitivi:** | [ ]  Vigile [ ]  Non collaborante [ ]  Vigilanza fluttuante[ ]  Orientato [ ]  Disorientato ([ ]  giorno [ ]  notte) [ ]  Collaborante |
| **Altre informazioni importanti:** | [ ]  Paziente **dializzato**, specificare quando: [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  Mattina [ ]  Pomeriggio |

**SITUAZIONE SOCIALE**

|  |
| --- |
| Con chi vive: [ ]  solo/a [ ]  figli [ ]  coniuge/partner [ ]  altra persona       |
| Persona di riferimento: Cognome:       Nome:      Indirizzo:        Numeri di telefono utili:     Rapporto di parentela:        |
| Servizi da attivare/riattivare alla dimissione:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Aiuto domiciliare[ ]  da attivare[ ]  attivato      | Aiuto infermieristico[ ]  da attivare [ ]  attivato      | Pasti a domicilio[ ]  da attivare[ ]  attivato      | Hospice[ ]  da attivare[ ]  attivato      |
| Altri servizi:       |

 |

|  |
| --- |
| **Data del presunto trasferimento:**       **Data prossima visita specialistica:**       |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*** Le risposte devono essere coerenti con quanto riportato nella sezione “DEFICIT FUNZIONALI / DISABILITÀ ATTUALI” del modulo di richiesta di garanzia.

\*\* Campo obbligatorio. Specificare sempre anche il tipo di ausilio utilizzato dal paziente.