**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**](mailto: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.