



**SISTEMA DI GESTIONE
PER LA QUALITA'
SCHEDA INFORMATIVA PER PROPOSTA
DI RICOVERO**

ANAGRAFICA UTENTE	
COGNOME NOME _____	ETA' _____
TELEFONO: _____	MAIL (EVENTUALE): _____
PERSONA DA INFORMARE (EVENTUALE): _____	
DATI CLINICI	
DIAGNOSI DELLA MALATTIA CHE GIUSTIFICA IL RICOVERO _____ _____	
CONCOMITANTI CONDIZIONI MORBOSE (ES. EPATOPATIE, MALATTIE CONTAGIOSE, DIALIZZATO, LESIONI DA DECUBITO) _____ _____	
CONDIZIONI GENERALI FISICHE: BUONE <input type="checkbox"/> DISCRETE <input type="checkbox"/> SCADUTE <input type="checkbox"/>	
STATO DELLA COSCIENZA: VIGILE <input type="checkbox"/> CONFUSO <input type="checkbox"/> AGITATO <input type="checkbox"/> SOPOROSO <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/>	
PAZIENTE COLLABORATIVO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> AUTONOMO NELLE FUNZIONI ESSENZIALI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
SI ALIMENTA NORMALMANETE (PER OS) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
DIPENDENZA DA DROGHE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ALCOL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CONTINENZA DELLA VESCICA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
CONTINENZA ALVO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
TERAPIA ATTUALE _____ _____	
IDENTITA' DELLA PERSONA CHE HA FORNITO LE INFORMAZIONI (NOME E COGNOME)	
PARERE DEL MEDICO DI REPARTO ACCETTAZIONE DELLA DOMANDA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> RICHIESTA DI ULTERIORI CHIARIMENTI CLINICI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NOTE DI CHIARIMENTO A CURA DEL MEDICO DI REPARTO _____	

DATA: _____ FIRMA DEL MEDICO DI REPARTO: _____



**SISTEMA DI GESTIONE
PER LA QUALITA'
SCHEDA INFORMATIVA PER PROPOSTA
DI RICOVERO**

**GUIDA AI SERVIZI PER L'UTENTE
Scheda SRic 4 regolamento n. 1 del 22/06/07**

Direttore Sanitario	Dr. Giuseppe Cozzolino
Medico responsabile (area degenza)	Dr. Giovanni Buono

PRESTAZIONI EROGABILI

Attività di lungodegenza ad indirizzo medico e geriatrico.

MODALITA' DI ACCESSO

In fase di primo contatto del paziente e/o dei suoi familiari con la struttura l'incaricato all'accettazione chiede che il medico di famiglia o lo specialista che ha proposto il ricovero forniscano informazioni essenziali ai fini dell'ottimale gestione delle fasi successive al ricovero attraverso la compilazione del modulo "Scheda informativa per proposta di ricovero" all'interno della quale sono specificati: *dati anagrafici del paziente - numero telefonico - età - dati clinici essenziali per l'inquadramento del ricovero - identità della persona che ha fornito le informazioni sul paziente - parere del medico di reparto.*

ORARIO DI RICEVIMENTO DEI FAMILIARI

Dal LU al ME:

- 12,00 – 15,00 // 17,00 – 18,00

GV:

- 12,00 – 15,00 // 17,00 – 18,30

VE:

- 12,00 – 15,00 // 17,00 – 18,00

ORARIO DI RICEVIMENTO DEI MEDICI DI REPARTO

Tutti i giorni dalle 12,30 alle 13,30

SPAZI E ARREDAMENTI A DISPOSIZIONE DEI PAZIENTI

Presso ogni camera sono a disposizione del paziente: il telefono, un comodino, TV. Presso i passetti ad ogni piano sono a disposizione distributori automatici di bevande e snack.

**IMPORTANTE
ULTERIORI INFORMAZIONI PER L'UTENTE**

DOCUMENTI INDISPENSABILI PER IL RICOVERO

- ✓ Impegnativa del medico di medicina generale (di base) così formulata: "*si richiede ricovero in struttura di lungodegenza + indicazione della patologia*".

- ✓ Carta di identità + Codice Fiscale

CLASSIFICAZIONE CAMERE DI DEGENZA

TIPOLOGIA CLASSE	CARATTERISTICHE	COSTI
PRIMA	STANZA SINGOLA	82,50 € AL GIORNO INCLUSO IVA
SECONDA	STANZA A DUE LETTI	49,50 € AL GIORNO INCLUSO IVA