**MODULO RICHIESTA RICOVERO IN RSA**

**Alla CA** *(indicare il Distretto sanitario di residenza del paziente)*

□ **Distretto n. 1** (Via Stock n. 2. Tel. 040/399.7808. FAX 040/399.7865)

□ **Distretto n. 2** (Via Pietà n. 2/1. Tel. 040/399.2942. FAX 040/399.2941)

□ **Distretto n. 3** (Via Valmaura n. 59. Tel. 040/399.5900. FAX 040/399.5823)

□ **Distretto n. 4** (Via Sai n. 7. Tel. 040/399.7388. FAX 040/399.7461)

A seguito della visita medica da me effettuata e/o della documentazione clinica in mio possesso relativa a:

**Sig./Sig.ra** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**nato/a a** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ **e residente a** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**in via**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

attualmente presso:

□ Domicilio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ CDR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RICHIEDO**

al Distretto di residenza del mio assistito la valutazione distrettuale (UVD) per un ricovero temporaneo in R.S.A. avente la seguente finalità prevalente:

□ **Sollievo** del carico assistenziale, familiare o informale.

□ **Prevalente indirizzo riabilitativo**

□ **Recupero/mantenimento dell’autosufficienza e dell’autonomia**

□ **Problematiche sanitarie** (specificare)

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

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

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

□ **Altro** (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Anamnesi** *(indicare le patologie prevalenti di cui è affetto il paziente)* |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Terapia in atto** *(per ogni farmaco specificare dosaggio, via di somministrazione e orario)* |
| • |
| • |
| • |
| • |
| • |
| • |
| • |
| • |
| • |
| • |
| • |

|  |
| --- |
| **Eventuali allergie/intolleranze** *(specificare, se note)* |
|  |

Al fine di garantire la migliore gestione del mio paziente sono disponibile a partecipare alle UVD programmate durante il ricovero in RSA.

|  |  |
| --- | --- |
| **Timbro e firma del Medico richiedente** | **Data della richiesta**  Trieste, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |