**Notifica di ammissione RAMI**

|  |
| --- |
| **FORNITORE DI PRESTAZIONI** |
| Medico Inviante:  | Nr. RCC:  |
| Ospedale inviante:  | Note:       |

|  |
| --- |
| **DATI PAZIENTE** |
| Cognome:  | Nome:  |
| Sesso:  | Data di nascita:       |
| Cassa Malati:       | No. assicurato:       |
| Via:       | Motivo del ricovero: [ ]  Infortunio [ ]  Malattia |
| NPA:       | Provenienza: [ ] Domicilio [ ]  Ospedale  |
| Comune:       |  |
|  |  |
| **DEGENZA RAMI** |
| Diagnosi principale:       | Data ingresso desiderata:       |
| Durata degenza prevista:       |
| Fisioterapia: [ ]  SI [ ]  NO  |

**Il ricovero presso il reparto RAMI è ammissibile a condizione che i requisiti in grassetto caratterizzino la situazione del paziente. In caso contrario il ricovero non è appropriato.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. I problemi di ordine medico sono conosciuti e stabilizzati
 | **si [ ]**   | no **[ ]**  |
| 1. Si è in presenza di un limitato bisogno d’intervento di cure sulle 24 ore
 | **si [ ]**   | no **[ ]**  |
| 1. Il/La paziente dispone del potenziale per riacquisire un’indipendenza che possa permettergli una vita nell’ambiente abituale
 | **si [ ]**  | no **[ ]**  |
| 1. Il/La paziente ha espressamente affermato il desiderio di tornare alla vita e alla condizione abitativa abituale
 | **si [ ]**  | no **[ ]**  |
| 1. Gli obiettivi sono stati concordati con i/la paziente, ev. con i familiari o con il rappresentante legale
 | **si [ ]**  | no **[ ]**  |
| 1. È indicata una riabilitazione stazionaria
 | si **[ ]**  | **no** [ ]  |
| 1. È indicato un ricovero in una struttura di cure acute e transitorie (CAT)
 | si **[ ]**  | **no [ ]**  |
| 1. È indicato un trattamento di cure ambulatoriale e/o di assistenza e cure a domicilio (Spitex)
 | si **[ ]**  | **no [ ]**  |

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e Data:       | Firma del medico prescrivente:       |

**Questo formulario deve essere interamente compilato e l’originale va inviato al servizio Ammissioni:**

Via Consiglio Mezzano 38 Tel. +41 91 735 55 55

CH - 6644 Orselina E-mail: ammissioni@clinicavarini.ch

Allegare terapia attuale e rapporti medico/infermieristici.

Una copia è da consegnare al paziente, mentre una copia all’assicuratore malattia quale modulo d’annuncio.