**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](mailto: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.