

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) _____

SEDE LEGALE ASUGI: Via Costantino Costantinides, 2
 34128 Trieste (TS) Parco di San Giovanni
 Centralino: 040 3991111 Fax: 040 399 5113
 C.F. e P. IVA 01337320327
asugi.sanita.fvg.it – pec: asugi@certsanita.fvg.it

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, ___/___/___