

Si richiede ricovero (specificare modulo):

- RINT** (Riabilitazione Ospedaliera Intensiva; degenza max 30gg)
 SRP1 (Riab. Residenziale Intensiva; degenza max 540gg)
 SRP2.1 (Riab. Residenziale Estensiva; degenza max 1080gg)
 R2D (Residenza Sanitaria Estensiva Demenza/Alzheimer)

Spazio Riservato Clinica Villa Jolanda

Arrivo: fax e-mail

Prot. n. ____ del _____

Consegna: P1 P2 P3 il _____

Cognome e Nome paziente _____

Nato/a il _____ a _____

residente in _____ Via _____

Tel. _____ Codice Fiscale _____

Il paziente è in carico al:

DSM di _____ Psichiatra referente _____

CSM di _____ Psichiatra referente _____

SerT/STDP di _____ Psichiatra referente _____

Medico che richiede il ricovero Dott. _____ tel. _____

Assistente Sociale referente (se presente) _____ tel. _____

Medico di Medicina Generale _____ tel. _____

Persona giuridicamente protetta:

NO Amm. Sostegno senza delega Amm. Sostegno con delega

Inabilitazione Interdizione

Nominativo e recapito telefonico: _____

Autosufficienza: no si (specificare _____)

Diagnosi psichiatrica di invio: _____

_____ cod. ICD9: _____

Terapia psichiatrica in corso: _____

Terapia long-acting (ultima somministrazione – intervallo di somministrazione):

Diagnosi internistiche/Allergie (se presenti): _____

Terapia internistica in atto (se presente):

Motivo del ricovero: _____

Obiettivi attesi dal ricovero: _____

Problematiche di altra natura (sociale, economica, familiare, legale, di compliance terapeutica, altro): _____

Gestione soldi/indumenti (a carico di): _____

Progetto alla dimissione: _____

Firma e Timbro del Medico che richiede il ricovero

Recapito telefonico: _____

Recapito FAX: _____

Recapito email: _____

Da allegare obbligatoriamente:

- Relazione clinica che si compone di n. _____ pagine

Spazio Riservato Clinica Villa Jolanda*esito***1.0****1.1****1.S****2P.I.****8KO**

Causale:

Note: