

Cognome e nome paziente: _____

Sesso: M F Data di nascita: _____ telefono: _____

Provincia e regione di residenza _____

Data della visita: _____ 1^a visita controllo

Motivo della visita: _____

Verifica soddisfacimento criteri di appropriatezza.

Indicazioni di ricovero (il ricovero è indicato se sono soddisfatti uno o più dei seguenti criteri):

1. Mancata risposta a un trattamento ambulatoriale condotto secondo le attuali linee guida		
Nessun miglioramento o peggioramento dopo 12 settimane di cura	si	no
2. Rischio fisico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale		
Basso peso corporeo (IMC < 15 kg/m ²)	si	no
Rapida perdita di peso (> 1 kg la settimana per almeno 6 settimane)	si	no
Elevata frequenza di vomito autoindotto	si	no
Elevata frequenza di uso improprio di lassativi	si	no
Elevata frequenza di uso improprio di diuretici	si	no
Elevata frequenza di esercizio fisico eccessivo e compulsivo in una condizione di IMC < 17,5	si	no
Sintomi e segni che indicano un'instabilità medica	si	no
3. Rischio psichiatrico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale		
Elevata frequenza di episodi di autolesionismo grave (es. farsi tagli o bruciature)	si	no
Depressione grave con o senza rischio suicidario	si	no
Elevata impulsività	si	no
Uso improprio di sostanze	si	no
4. Difficoltà psicosociali che ostacolano il trattamento ambulatoriale.		
Isolamento sociale	si	no
Interruzione dell'attività scolastica o lavorativa	si	no
Ambiente familiare problematico	si	no
VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI CURA RIABILITATIVO		
Presenza condizioni fisiche che permettono di passare la notte fuori dall'Unità Riabilitativa	si	no
Presenza condizioni psicosociali che permettono di passare la notte fuori dall'Unità Riabilitativa	si	no
ESITO DELLA VERIFICA		
Non sussistono le condizioni per l'accesso all'Unità Riabilitativa		
Day – hospital		
Ricovero		
Note:		
Il Medico Specialista (timbro e firma):		