 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	Scheda di proposta di ammissione a strutture ospedaliere e residenziali	Pag. 1 di 3
		DSM.MO.011
		Rev. 3 del 26/02/2016
Dipartimento di Salute Mentale		

DATA DELLA RICHIESTA		ORA DELLA RICHIESTA	
----------------------	--	---------------------	--

DATI ASSISTITO


COGNOME E NOME	
DATA DI NASCITA	
RESIDENZA	
N° TEL	
MEDICO DI MED.GEN.	
FAMILIARE/I DI RIFERIMENTO	
N° TEL FAMILIARE	
EVENTUALE AMMINISTR. DI SOSTEGNO	
N° TEL AMMINISTRATORE	

OPERATORE PROPONENTE (Cognome e Nome)	OPERATORE REFERENTE (Cognome e Nome, se differente dal proponente)
Telefono	Telefono
e-mail	e-mail
Fax	Fax
CSM di	CSM di
SDPC di	SDP di
NPIA	NPIA
MMG Distretto di	MMG Distretto di
Altro (specificare)	Altro (specificare)

PROGRAMMA IN ATTO AL MOMENTO DELLA PROPOSTA

In contatto con i Servizi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Orientamento Diagnostico (secondo ICD 9-CM o ICD10)		
Terapia Farmacologica (specificare)		
Eventuali reazioni avverse/allergie (specificare)		
Psicoterapia (specificare)		
Interventi socio riabilitativi (specificare)		

ELEMENTI ANAMNESTICI E DEL QUADRO CLINICO RILEVANTI PER LA PROPOSTA DI
AMMISSIONE OSPEDALIERA E RESIDENZIALE

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	Scheda di proposta di ammissione a strutture ospedaliere e residenziali	Pag. 2 di 3
		DSM.MO.011
		Rev. 3 del 26/02/2016
Dipartimento di Salute Mentale		

PATOLOGIE ORGANICHE ASSOCIATE E/O COMPLICANZE
<input type="checkbox"/> NO:
<input type="checkbox"/> SI:

INDICAZIONI ALL'AMMISSIONE OSPEDALIERA E RESIDENZIALE
<input type="checkbox"/> Presenza di disturbi psicopatologici di intensità tale da non rendere praticabile l'assistenza territoriale e/o domiciliare
<input type="checkbox"/> Processi diagnostici complessi e tecnologicamente sofisticati da svolgere necessariamente in ambiente ospedaliero (specificare eventuale diagnosi differenziale)
<input type="checkbox"/> Avvio di un progetto terapeutico che necessita di monitoraggio in ambiente ospedaliero / residenziale intensivo
<input type="checkbox"/> Avvio di un progetto terapeutico – riabilitativo che necessita di un contesto residenziale ad elevata intensità assistenziale (RTI)
<input type="checkbox"/> Presenza di comorbilità fisica con necessità di approfondimenti clinici da svolgere in ambiente ospedaliero
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)

TEMPI PRESUNTI PER L'AMMISSIONE OSPEDALIERA E RESIDENZIALE
<input type="checkbox"/> Urgente
<input type="checkbox"/> Differibile

PROGNOSI
<input type="checkbox"/> Differita (rivalutare entro 3 giorni)
<input type="checkbox"/> Giorni prevedibili per l'intero episodio

CRITICITÀ PREVEDIBILI AL MOMENTO DELLE DIMISSIONI	SI	NO
Se sì, specificare:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

STRUTTURA RITENUTA APPROPRIATA PER L'AMMISSIONE OSPEDALIERA E RESIDENZIALE ANCHE IN CONSIDERAZIONE DELL'AFFERENZA TERRITORIALE			
<input type="checkbox"/> SPDC	<input type="checkbox"/> Baggiovara	<input type="checkbox"/> Carpi	
<input type="checkbox"/> SPOI	<input type="checkbox"/> Villa Igea	<input type="checkbox"/> Villa Rosa	
<input type="checkbox"/> RTI	<input type="checkbox"/> MO Centro	<input type="checkbox"/> Villa Igea	<input type="checkbox"/> Villa Rosa
<input type="checkbox"/> RTI-S	<input type="checkbox"/> Villa Igea	<input type="checkbox"/> Villa Rosa	
<input type="checkbox"/> RTI-M	<input type="checkbox"/> Villa Igea		
<input type="checkbox"/> RTP	<input type="checkbox"/> Pavullo	<input type="checkbox"/> Villa Igea	<input type="checkbox"/> Villa Rosa
<input type="checkbox"/> DCA Villa Rosa			

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	Scheda di proposta di ammissione a strutture ospedaliere e residenziali	Pag. 3 di 3
		DSM.MO.011
		Rev. 3 del 26/02/2016
Dipartimento di Salute Mentale		

LA PERSONA È STATA INFORMATA DELLA PROPOSTA DI AMMISSIONE A STRUTTURA OSPEDALIERA E RESIDENZIALE E DELLE MOTIVAZIONI CHE LA GIUSTIFICANO E HA FORNITO IL CONSENSO	SI	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Timbro e firma del medico

AMMISSIONE avvenuta il ___/___/_____ alle ore ___