

Prescrizione Medica – Modulo di Annuncio (RAMI)

Il presente modulo di annuncio è da compilare sia per pazienti provenienti dal proprio domicilio che per coloro che sono dimessi da reparto acuto ospedaliero.

Dati paziente:

Cognome:	Nome:
Data di nascita:	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Indirizzo:	<input type="checkbox"/> Malattia <input type="checkbox"/> Infortunio <input type="checkbox"/> Altro (specificare):
No assicurato:	Assicurazione:
Provenienza: <input type="checkbox"/> domicilio <input type="checkbox"/> ospedale	Data di ingresso in ospedale:

Diagnosi:

Terapia RAMI

data di ingresso RAMI

Durata prevista della cura

Le seguenti condizioni devono essere **cumulativamente** rispettate:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. I problemi di ordine medico sono conosciuti e stabilizzati | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| 2. Si è in presenza di un limitato bisogno d'intervento in cure sulle 24 ore | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| 3. È indicata una riabilitazione stazionaria | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| 4. Il/La paziente dispone del potenziale per riacquisire un'indipendenza che possa permettergli una vita nell'ambiente abituale | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| 5. Il/La paziente ha espressamente affermato il desiderio di tornare alla vita e alla condizione abitativa abituale | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| 6. Gli obiettivi sono stati concordati con i/la paziente, ev. con i familiari o con il rappresentante legale | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| 7. E' indicato un ricovero in una struttura di cure acute e transitorie (CAT) | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| 8. E' indicato un trattamento di cure ambulatoriale e/o di assistenza e cure a domicilio (Spitex) | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |

Luogo, data

Firma e timbro del medico prescrivente

Originale al fornitore di prestazioni:

Per Acquarossa la richiesta è da trasmettere al Segretariato medico di ACQ.

Indirizzo mail: Segretariato-medico.ACQ@eoc.ch

Tel. +41 (0)91 811 2531

Copia al/la paziente e **copia all'assicuratore malattia quale modulo d'annuncio**