

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):
N° 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 checked="" type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| 2. Si è in presenza di un limitato bisogno d'intervento in cure sulle 24 ore | sì <input checked="" type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| 3. È indicata una riabilitazione stazionaria | sì <input type="checkbox"/> | no <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. Il/La paziente dispone del potenziale per riacquisire un'indipendenza che possa permettergli una vita nell'ambiente abituale | sì <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| 7. È indicato un ricovero in una struttura di cure acute e transitorie (CAT) | sì <input type="checkbox"/> | no <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8. È indicato un trattamento di cure ambulatoriale e/o di assistenza e cure a domicilio (Spitex) | sì <input type="checkbox"/> | no <input checked="" type="checkbox"/> |

***Si richiede la documentazione clinica completa e la terapia farmacologica attuale

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: SegretariatoMedico.ACQ@eoc.ch / Tel. +41 (0)91 811 25 31
- Per **Locarno** la richiesta è da trasmettere al Segretariato di medicina ODL
Indirizzo mail: segretariatoRAMI.ODL@eoc.ch / Tel. +41 (0)91 811 47 26
- Per **Mendrisio** la richiesta è da trasmettere al Servizio ammissione e dimissione pazienti
Indirizzo mail: ammissionedimissione.mendrisio@eoc.ch / Tel. +41 (0)91 811 32 32

Copia al/la paziente