

SCHEDA UNICA DI INVIO E VALUTAZIONE DEGENZA PER LA SORVEGLIANZA (DGR N° XI/3020/2020)

COMPILARE LA SCHEDA AL PC O IN STAMPATELLO E INVIARE AD ATS ALLA MAIL degenzesorveglianza@ats-brescia.it

ANAGRAFICA PAZIENTE			
Cognome			
Nome			
Sesso	M	F	
Data di nascita			
Luogo di Nascita			
Età			
Codice Fiscale			
Residenza			
Domicilio			
Telefono			
Familiare/Caregiver di riferimento	Cognome	Nome	Telefono
Amministratore di sostegno (se presente)	Cognome	Nome	Telefono
SOGGETTO INVIANTE			
MMG	Medico inviante:	Telefono	
PRONTO SOCCORSO <i>(specificare la Struttura di riferimento)</i>	Medico inviante:	Telefono	
Medico Centrale AREU <i>(specificare la Centrale di riferimento)</i>	Medico inviante:	Telefono	
INFORMAZIONI SANITARIE			
Diagnosi principale			
Eventuali comorbidità <i>(indicare le patologie presenti):</i>			
BPCO <i>(indicare se presente):</i>			
Data tampone: <i>(se effettuato)</i>		Esito:	
Terapia farmacologica in corso <i>(specificare farmaco in uso e posologia ed eventuali terapie farmacologiche erogate con piano terapeutico):</i>			
Altre informazioni utili:			

SCHEDA UNICA DI INVIO E VALUTAZIONE DEGENZA PER LA SORVEGLIANZA (DGR N° XI/3020/2020)

CARATTERISTICHE PAZIENTE PAUCISINTOMATICO

Caratteristiche identificative del soggetto *(si ricorda che devono essere tutte rilevate e confermate)*

- Sintomi lievi o moderati da più di quattro giorni con o senza comorbidità;
- SpO2 in aria ambiente tra 92% e 94% (88-90% se BPCO) OPPURE SpO2 in aria ambiente fra 90-91% (86-87% se BPCO) e età > 70 anni
- Test del cammino positivo
- Frequenza respiratoria < 30 atti/min

AUTONOMIA ASSISTENZIALE

Autosufficienza del paziente rispetto al soddisfacimento dei bisogni

ALIMENTAZIONE	ALVO	DIURESIS	IGIENE	MOVIMENTO
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO

Allegare eventuale documentazione sanitaria utile.

Data _____

Firma Medico inviante *(apporre timbro):* _____