

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Prima visita paziente (MAI.MO.4086.00).doc
		pag1/3



Servizio Ortoinfettivi – Modulo di invio paziente

Per richieste da parte di specialisti inviare il presente modulo a ortoinfettivi@aslvc.piemonte.it. Per richieste da parte del Medico di Medicina Generale (solo per ASL di Vercelli) richiedere prima visita infettivologica e prenotare tramite CUP se priorità U o B altrimenti inviare il presente modulo via mail se priorità D o P.

Prima di inviare il paziente, consegnare le immagini strumentali relative al caso senza le quali non potrà essere effettuata la consulenza o il ricovero.

Non si accettano routinariamente valutazioni provenienti da fuori ASL per pazienti con lesioni da decubito, spondilodisciti o infezione di piede diabetico.

I dati contrassegnati da asterisco * sono indispensabili per poter accettare il paziente.

ANAGRAFICA	
*Iscritto SSN o assicurazione sanitaria: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*Cognome:	*Nome:
*Data di nascita:	*Sesso:
*Comune e provincia di residenza:	
*Codice fiscale:	
*Telefono (cellulare):	
*Il paziente è in grado di fornire consenso?	
*Grado di autonomia del paziente? Deambulante <input type="checkbox"/> Carrozzina <input type="checkbox"/> Barella <input type="checkbox"/>	
DETTAGLI DEL MEDICO INVIANTE	
*Data della segnalazione:	
*Medico inviante:	

Stesura	Verifica	Autorizzazione	Emissione
Roberto Rostagno - Direttore S.S. Ortoinfettivologia- Dicembre 2023	Silvio Borrè - Direttore Dipartimento Area Medica Domenico Costantino Aloj - Direttore Dipartimento Area Chirurgica - Dicembre 2023	Fulvia Milano - Direttore Sanitario ASL VC- Dicembre 2023	Fulvia Milano - Direttore Sanitario ASL VC- Dicembre 2023
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Prima visita paziente (MAI.MO.4086.00).doc
		pag2/3

*Specialista di riferimento:
*Nome dell'istituto di cura:
*Comune e provincia dell'istituto:
*Telefono della struttura:
Cellulare del medico inviante o dello specialista di riferimento: (Non essenziale ma può velocizzare la procedura)
ACCORDI SUL RIENTRO
*Il paziente è attualmente ricoverato presso il reparto inviante? Sì No
*Si sta richiedendo un trasferimento presso il nostro reparto? Sì No
<p>Se la risposta è affermativa per entrambe le domande, il medico inviante dovrà firmare qui sotto per confermare:</p> <p style="margin-left: 20px;">a) che verrà accettato il rientro del paziente presso la struttura inviante a seguito degli accertamenti o dei trattamenti eseguiti entro 72 ore dalla nostra richiesta</p> <p style="margin-left: 20px;">b) che sono stati informati i <i>bed manager</i> di questo accordo</p>
Firma del medico: Data:
DETTAGLI CLINICI
<p>*Storia clinica completa E richiesta o domanda/e specifiche a cui rispondere (possono essere fornite tramite allegato) – SPECIFICARE TERAPIA MEDICA IN PARTICOLARE ANTICOAGULANTE E ANTIAGGREGANTE</p>
<p>*Allegare i referti microbiologici completi da campioni intraoperatori o altri campioni rilevanti (artrocentesi, emocolture).</p> <p>Sono previste precauzioni da contatto (colonizzazione MRSA, ESBL, VRE, CPE o altri organismi multi-resistenti)?</p>

Stesura	Verifica	Autorizzazione	Emissione
Roberto Rostagno - Direttore S.S. Ortoinfettivologia- Dicembre 2023	Silvio Borrè - Direttore Dipartimento Area Medica Domenico Costantino Aloj - Direttore Dipartimento Area Chirurgica - Dicembre 2023	Fulvia Milano - Direttore Sanitario ASL VC- Dicembre 2023	Fulvia Milano - Direttore Sanitario ASL VC- Dicembre 2023
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			



LA COMPILAZIONE DELLA TABELLA SEGUENTE È FACOLTATIVA

Classificazione JS-BACH

(Per favore indicare a quale classe appartiene il paziente)

Cerchiare UN SOLO VALORE per ciascuna colonna:

Artroprotesi	O	Infezione ossea	Antimicrobici	Tessuti molli	Paziente
J1		B1	Ax / A1	C1	H1
J2		B2	A2	C2	H2
J3		B3	A3	C3	H3

	Infezione peri-protetica (PJI)	Relativa a osso (Osteomielite/FRI)	Opzioni antimicrobiche	Chiusura dei tessuti molli	Stato del paziente
N o n c o m p l i c a t a	J1 PJI <u>con tutte</u> le seguenti: <ul style="list-style-type: none"> Primo impianto <i>in situ</i> Minima perdita ossea Non evidenza di mobilizzazione Non storia di frattura periprotetica 	B1 Osteomielite <u>con</u> : <ul style="list-style-type: none"> Coinvolgimento di osso cavitario (corticale, midollare e cortico-midollare non-segmentario) 	Ax Sconosciuto/colturali negativi A1 Tutti gli isolati: Sensibili a >80% degli antibiotici testati e resistenti a <3 antibiotici	C1 Chiusura diretta dei tessuti molli possibile senza chirurgia plastica	H1 Malattia cronica sotto controllo o Paziente in buona salute
C o m p l e s s a	J2 PJI <u>con</u> almeno una: <ul style="list-style-type: none"> Frattura periprotetica associata Perdita ossea moderata Mobilizzazione Protesi non da primo impianto <i>in situ</i> 	B2 Osteomielite <u>con</u> : <ul style="list-style-type: none"> Coinvolgimento osseo segmentario (inclusa pseudoartrosi infetta) Coinvolgimento articolare 	A2 Qualunque isolato: Sensibile a <80% di tutti gli antibiotici testati o Resistente a >4 antibiotici o Resistente a antibiotici anti-biofilm in presenza di impianto	C2 Chiusura diretta non praticabile. Necessita di valutazione plastica.	H2 Malattia cronica non controllata o co-morbilità grave con danno d'organo o Infezione ossea/PJI ricorrente di trattamento precedente
O p z i o n i l i m i t a t e	J3 PJI <u>con</u> almeno una: <ul style="list-style-type: none"> Protesi customizzata o tumorale <i>in situ</i> Sostituzione ossea completa o customizzata necessaria per la ricostruzione Perdita ossea maggiore 	B3 Osteomielite <u>con</u> : <ul style="list-style-type: none"> Coinvolgimento diffuso delle colonne dell'osso (tipo IV secondo AO) 	A3 Qualunque isolato: Sensibile a 0 o solo 1 antibiotico testato	C3 Più di un trasferimento tissutale necessario per la chiusura	H3 Non candidato a chirurgia eradicante nonostante la possibilità tecnica o Il paziente rifiuta l'intervento

Stesura	Verifica	Autorizzazione	Emissione
Roberto Rostagno - Direttore S.S. Ortoinfettivologia- Dicembre 2023	Silvio Borrè - Direttore Dipartimento Area Medica Domenico Costantino Aloj - Direttore Dipartimento Area Chirurgica - Dicembre 2023	Fulvia Milano - Direttore Sanitario ASL VC- Dicembre 2023	Fulvia Milano - Direttore Sanitario ASL VC- Dicembre 2023
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			