



Servizio Ortoinfettivi – Modulo di invio paziente

Per richieste da parte di specialisti (di qualunque ASL) oppure da parte di MMG (ASL di Vercelli) inviare il presente modulo a ortoinfettivi@aslvc.piemonte.it.

Requisiti minimi

- Emocromo, funzionalità epato-renale, proteina C reattiva recenti (ultime due settimane)
- Radiografia standard del distretto interessato (preferibilmente eseguita nell'ultimo mese) – le immagini diagnostiche devono accompagnare il referto.
- Impegnativa per prima visita infettivologica oppure richiesta di consulenza infettivologica autorizzata dalla Direzione Sanitaria della struttura inviante in caso di paziente ricoverato

Non si accettano valutazioni per lesioni da decubito, spondilodisciti o infezioni di piede diabetico.

Si prega di notare che non possiamo accogliere pazienti acutamente settici/instabili da altri ospedali. Se un paziente necessita di una procedura urgente per drenare una raccolta ascessuale o un lavaggio/artrotomia per artrite settica di articolazione nativa, questi devono essere eseguiti presso la struttura di riferimento territoriale.

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

ANAGRAFICA	
*Iscritto SSN o assicurazione sanitaria: SI ☐ NO ☐	
*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 ☐ Carrozzina ☐ Barella ☐

DETTAGLI DEL MEDICO INVIANTE

*Data della segnalazione:

*Medico inviante:

*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

Se la risposta è affermativa per entrambe le domande, il medico inviante dovrà firmare qui sotto per confermare:

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

b) che sono stati informati i *bed manager* di questo accordo

Firma del medico: Data:

DETTAGLI CLINICI

*Allegare una relazione clinica con:

- motivo dell'invio e anamnesi prossima
- anamnesi remota e farmacologica

*Allegare i referti microbiologici completi da campioni intraoperatori o altri campioni rilevanti (artrocentesi, emocolture).

Sono previste precauzioni da contatto (colonizzazione MRSA, ESBL, VRE, CPE o altri organismi multi-resistenti)?