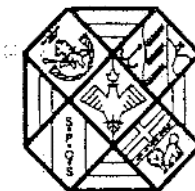




Azienda
Sanitaria
Locale

ROMA



Allegato4

Regione
Lazio

**Prevenzione degli effetti delle ondate di calore
sulla salute della popolazione anziana fragile
Estate 2008**

**SCHEDA PAZIENTE
RIEPILOGO PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA
(da consegnare al Polo di Medicina di Base Distrettuale)**

COGNOME e NOME.....				data di nascita.....					
Sorveglianza dal al.....									
già in ADP	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	già in ADI	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
già in Teleassistenza	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	già in Telesoccorso	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Programma di sorveglianza

attivazione CAD per prelievo/ter. iniettiva in 24 h	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
n. richieste				

utilizzo "Sportello Ospedaliero"	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
n. richieste				

utilizzo accesso preferenziale Poliambulatori	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
n. richieste				

Richiesta attivazione Teleassistenza	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Richiesta soddisfatta	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Richiesta attivazione Telesoccorso	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Richiesta soddisfatta	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

La sorveglianza è stata interrotta in data _____

perché.....

Timbro e Firma del Medico