

## MODULO RICHIESTA PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE PAZIENTI COVID 19+

### Descrizione

Il modulo è stato realizzato per le richieste di prestazioni infermieristiche a pazienti COVID 19 positivi, nei casi in cui non possono essere seguiti dal personale Infermieristico dei Distretti (carenza di personale, attivazione urgente, ecc.) e nei giorni pre-festivi e festivi. Lo stampato dovrà essere compilato inserendo:

- dati anagrafici dell'utente;
- tipologia di prestazione;
- firma di prescrizione.

### Scopo

Scopo del modulo è la richiesta di prestazioni Infermieristiche in pazienti affetti da infezione da COVID 19 in isolamento domiciliare per ridurre il ricorso al ricovero ospedaliero, interventi del servizio 118 e garantire assistenza infermieristica.

### Responsabilità

I medici (Medici di Medicina Generale, Continuità Assistenziale, Specialisti, Altro) sono responsabili della corretta valutazione dell'assistito e della compilazione della richiesta, gli Infermieri sono responsabili della corretta erogazione delle prestazioni.

### COMPILAZIONE

● NOME E COGNOME DELL'ASSISTITO \_\_\_\_\_

● DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

● LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

● CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

● LUOGO DI RESIDENZA \_\_\_\_\_

● VIA E NUMERO CIVICO DI RESIDENZA (INDICARE ANCHE DOMICILIO SE DIVERSO DA RESIDENZA)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

● NUMERO TELEFONICO DELL'ASSISTITO \_\_\_\_\_

● PROBLEMA CLINICO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

● PRESTAZIONE DA ESEGUIRE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

● **DURATA DELLA PRESTAZIONE** \_\_\_\_\_

● **POSOLOGIA DEL FARMACO DA SOMMINISTRARE E/O SCHEMA DI MEDICAZIONE**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

● **N. B. ALLEGARE IMPEGNATIVE IN CASO DI PRELIEVO EMATICO**

LUOGO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

FIRMA