

Da compilarsi a cura del Sanitario che propone il paziente per la presa in carico

DATI PAZIENTE:

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Codice Fiscale _____

Indirizzo _____ Comune _____

Telefono _____ Email _____

Caregiver _____ Cellulare _____

Medico di Medicina Generale _____

Cellulare _____ Email _____

Esenzione ticket _____

DIAGNOSI/PATOLOGIE:

TERAPIA IN ATTO:

LIVELLI DI RISCHIO E STRATIFICAZIONE

	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE C	CLASSE D
<i>criteri di inclusione clinici</i>	GOLD A: Paziente che ha da 0 a 1 riacutizzazione moderata all'anno senza ricovero, con sintomatologia lieve (CAT<10 mMRC 0-1) Non comorbidità significative (cardiopatia, insuff. Respiratoria, obesità, OSAS, IRC)	GOLD B: Paziente che ha da 0 a 1 riacutizzazione moderata all'anno senza ricovero, con sintomatologia moderata (CAT>=10 mMRC >=2) Massimo due comorbidità (cardiopatia, insuff. Respiratoria, obesità, OSAS, IRC) Paziente stabile, senza ricoveri per insuff. respiratoria negli ultimi 6 mesi	GOLD B: Paziente che ha da 0 a 1 riacutizzazione moderata all'anno senza ricovero, con sintomatologia moderata (CAT>=10 mMRC >=2) Più di due comorbidità (cardiopatia, insuff. Respiratoria, obesità, OSAS, IRC) Paziente stabile ma recente ricovero per insuff. Respiratoria	GOLD E: Paziente che ha >=2 riacutizzazioni moderate all'anno con almeno 1 ricovero, con ogni sintomatologia Almeno una comorbidità (cardiopatia, insuff. Respiratoria, obesità, OSAS, IRC) Recente ricovero per insuff. respiratoria
<i>frequenza misurazioni</i>	Monitoraggio <u>ogni 30 gg</u> di SpO2 e FC TC al bisogno	Monitoraggio <u>ogni 15 gg</u> di SpO2 e FC e PA TC al bisogno	Monitoraggio <u>una volta alla settimana</u> di SpO2 e FC e PA TC al bisogno	Monitoraggio <u>almeno a giorni alterni</u> di SpO2 e FC e PA TC al bisogno
<i>Visita specialistica e spirometria semplice + test BD</i>	ogni 12 mesi	ogni 8 mesi	Almeno ogni 6 mesi	Ogni 3 mesi
<i>Pletismografia</i>	Ogni 24 mesi	Ogni 18 mesi	Ogni 12 mesi	Ogni 6 mesi

Livello di monitoraggio _____ Telemonitoraggio Usual Care

Dispositivi in possesso del paziente:

Saturimetro

Sfigmomanometro

Termometro

Paziente diabetico SI NO Glucometro SI NO

Note: _____

SANITARIO: _____ Firma e timbro _____

Acconsento al trattamento dei miei dati personali secondo Reg.(UE) 2016/679 - Reg. generale sulla protezione dei dati personali e del Codice della Privacy (D.lgs 196/2003), per assolvere alle finalità di cura e garantire continuità assistenziale lungo tutto il percorso di presa in carico. Il titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria/Ospedaliera che rilascia il presente certificato/referto/documento.

Luogo e data _____

 La presente scheda deve pervenire alla COT al seguente indirizzo email: arruolamento.cot@aslnuoro.it
Azienda Socio-sanitaria Locale n. 3 di Nuoro

Sede Legale

Via Demurtas, 1

CAP 08100, Nuoro (NU)

www.asl3nuoro.it

C.F. 01620480911

direzione.generale@aslnuoro.it
protocollo@pec.aslnuoro.it