

VERBALE DI CONSEGNA KIT DOMICILIARE N° _____/ANNO _____

DATA ____/____/____

ASSEGNATARIO

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Codice Fiscale _____

Indirizzo _____

Telefono _____ Email _____

Contatti caregiver _____

IDENTIFICAZIONE KIT DIAGNOSTICO

N° kit _____ Livello di rischio _____

N° inventario _____

Descrizione _____

Costruttore _____ Modello _____

IMEI _____

DISPOSITIVI A SISTEMA

N° inv.	Descrizione	Costruttore	Modello	Matricola

IDENTIFICAZIONE SIM KIT

N° SIM _____

Serial number/ICCID _____

Operatore _____

Alla presenza dei firmatari si sono svolte le operazioni di collaudo funzionale per le apparecchiature sopra indicate che hanno dato luogo ai seguenti risultati:

I dispositivi risultano perfettamente funzionanti	SI	NO
L'assegnatario ha ricevuto i manuali d'uso e precise istruzioni per l'uso	SI	NO
L'assegnatario è stato formato all'utilizzo (si veda <i>Allegato 2</i>)	SI	NO
È stata verificata la copertura di rete ed è stata eseguita prova di trasmissione di dati	SI	NO

ESITO DEL COLLAUDO

Esito Primo Collaudo	Esito Definitivo Collaudo
Data primo collaudo _____	Data collaudo definitivo _____
Data inizio monitoraggio _____	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Temporaneamente sospeso <input type="checkbox"/> Negativo	
Note _____	Note _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Il Tecnico SOF _____ Firma _____

L'assegnatario _____ Firma _____

o in alternativa

Il Caregiver _____ Firma _____

Per il Servizio Ing. Clinica ASL Nuoro _____ Firma _____

Luogo e data _____

Allegato 1 collaudo n° _____/anno _____

Da compilarsi a cura del Prescrittore che ha in carico il paziente

DATI PAZIENTE

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Codice Fiscale _____

Indirizzo _____

Telefono _____ Email _____

Contatti caregiver _____

LIVELLI DI RISCHIO E KIT (tabella 1)				
	livello 1	livello 2	livello 3	livello 4
<i>criteri di inclusione clinici</i>		altri fattori meno severi o non concomitanti (rispetto a livello 3/4)	2 o + cp di diuretico, fibrillazione atriale, pregresso infarto, ricovero negli ultimi 3 mesi	2 o + cp di diuretico, fibrillazione atriale, pregresso infarto, ricovero negli ultimi 3 mesi, BPCO e/o diabete
<i>criteri di inclusione logistici</i>	età >= 75 anni, limitata possibilità di spostamenti per cause fisiche e/o logistiche (scarso supporto familiare/distanza geografica)			
<i>frequenza misurazioni</i>	ogni 7gg, al risveglio	rilevazione di tutti i parametri previsti ogni 7gg	peso ogni giorno, saturazione ogni giorno, pressione ogni 3gg, ECG ogni 7gg,	peso ogni giorno, saturazione ogni giorno, pressione ogni 3gg, ECG ogni 7gg, temperatura ogni giorno
SMARTPHONE	x	x	x	x
BILANCIA	x	x	x	x
SATURIMETRO		x	x	x
SFIGMOMANOMETRO		x	x	x
TERMOMETRO				x (se BPCO)
ECG INDOSSABILE			x	x
GLUCOMETRO*	x (come da prescrizione del diabetologo)	x (come da prescrizione del diabetologo)	x (come da prescrizione del diabetologo)	x (come da prescrizione del diabetologo)

Livello di rischio _____

Dispositivi in possesso del paziente:

☐ Sfigmomanometro

☐ Saturimetro

☐ Termometro

☐ Paziente diabetico si ☐ no ☐

Glucometro si ☐ no ☐

Note: _____

Prescrittore _____ Firma _____

Luogo e data _____

Allegato 2 collaudo n° ____/anno ____

SCHEDA ATTESTAZIONE FORMAZIONE UTILIZZATORI

Si certifica che in data ____/____/____

è stato eseguito un corso di formazione, della durata di ore _____, all'utente assegnatario e/o al suo caregiver, qui di seguito indicati, per l'uso corretto dell'applicazione Care Map Mobile e dei dispositivi indicati a *pag. 1* del presente documento, da utilizzarsi per le attività di telemedicina.

Inoltre è stato consegnato il modulo contenente le istruzioni per le richieste di assistenza tecnica.

I sotto-firmatari attestano pertanto il buon esito del corso di formazione e di essere stati correttamente istruiti sulle modalità di richiesta di intervento tecnico.

PERSONALE FORMATO

Nome	Cognome	Firma

Il Tecnico SOF _____ Firma _____