

Criteri dimissibilità

Sfebbrato > 72 h
 Atti resp < 22/min
 Rx in miglioramento

- verifica attraverso un colloquio la disponibilità di una condizione abitativa compatibile (presenza di un locale dedicato, possibilmente servita da bagno dedicato) e condizione sociale in grado di rispondere alle necessità di accudimento;



Se autodichiara che le condizioni sussistono Se

Dichiarazione di adesione alle disposizioni di sorveglianza attiva con permanenza domiciliare obbligatoria
 (Ordinanza del Ministro della salute del 21 febbraio 2020 recante "Ulteriori misure profilattiche contro la diffusione della malattia infettiva COVID-19" e DPCM 08/03/20)

Il sottoscritto _____, nato a _____
 il _____, elegge quale domicilio (Via, Cap, Comune, Provincia) _____
 Recapito telefonico: _____

Il sottoscritto inoltre, informato dal Dott. _____ circa le caratteristiche dell'infezione da COVID-19 e della finalità dell'obbligo di isolamento domiciliare, si impegna al proprio domicilio a:

- soggiornare nella propria abitazione, ma separatamente dal proprio nucleo familiare;
- avere a disposizione ad uso esclusivo almeno una stanza e un bagno (se non fosse possibile un bagno dedicato questo dovrà essere sanificato dopo ogni utilizzo);
- limitare allo stretto indispensabile il passaggio nei locali comuni, che comunque dovrà avvenire indossando guanti e mascherina chirurgica;
- sottoporsi al monitoraggio clinico che sarà eseguito da ATS;
- comunicare tempestivamente al proprio Medico di Medicina Generale eventuali cambiamenti dello stato di salute.

Si impegna altresì ad eseguire i test a conclusione del periodo di isolamento.

Tali disposizioni si intendono attive dalla data di sottoscrizione della presente dichiarazione e restano valide fino a guarigione (ossia negativo in due test consecutivi, effettuati a distanza di 24 ore uno dall'altro, per la ricerca di SARS-CoV-2).

Brescia,

Far firmare (una copia in cartella e una al paz)
 Informare che quar. dura 14 giorni (event. con tutto nucleo fam)
 Informare supporto comuni per DPI e per interventi sociali
 Al termine ATS fa tamponi/ intanto monitor clinico MMG
Se ATS di resid no BS programmare tampone da Itala per fine quar.

MANDARE MAIL a covid19@ats-brescia.it

Segnalando dimissione con i dati anagrafici del paziente (compresa residenza/domicilio) e i recapiti telefonici del paziente e/o dei familiari.

- severa compromissione delle condizioni sociali (esempio homeless);
- condizioni abitative non rispondenti alle indicazioni
- assenza di un caregiver in grado di gestire le procedure di isolamento e/o l'assistenza;
- presenza di conviventi con estrema vulnerabilità clinica (esempio immunodepressione importante).

Mandare richiesta a

salaoperativa@cespemilmi.esercito.difesa.it

rde@cespemilmi.esercito.difesa.it

Attendere conferma



Richiesta ricovero Centro Ospedaliero Militare-Milano (Baggio)
 Via Simone Saint Bon 7-20145 Milano

Oggetto: Emergenza COVID-19

A: Centro Ospedaliero militare salaoperativa@cespemilmi.esercito.difesa.it
rde@cespemilmi.esercito.difesa.it

ALLEGATO
 Scheda valutativa
 Comorbilità: Diabete, Cardiopatie, stabilità psichica, Altro

Ospedale Richiedente: _____ Operatore _____ Contatto tel: _____

Si richiede trasferimento del paziente _____
 nato a _____ pr _____ il _____
 Ricoverato nel Reparto _____ Dal _____ affetto da _____
 (come da foglio notizie allegato)

Timbro Firma Richiedente _____

Centro Ospedaliero Militare: Direzione Sanitaria

Favorevole _____ Non Favorevole _____
 Firma e Timbro _____

Terapie In Atto		Ingresso	Attuale	Note
Sintomatologia				
Grado Autonomia (ozna, buoni, emmi)				
Febbre (T.C.)				
Frequenza Respiratoria				
Saturimetria in aria				
Frequenza Cardiaca				
Pressione Arteriosa				
Tosse				
Faringodinia				
Diarrea				
Cefalea				
Altro				
Accertamenti Eseguiti				
RX Torace				
TAC Torace				
Tampone Faringeo				
Naso				
Coagulazione				
Emocromo				
Proteine C Reattiva				
Trattamenti eseguiti				
Terapia prescritta e consigliata				