Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Pavia

Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Pavia
Sede Legale: Viale Repubblica, 34 - 27100 PAVIA
Codice Fiscale/Partita I.V.A. n. 02613080189
sito internet: www.asst-pavia.it

Check List di chiusura della Cartella Clinica di Riabilitazione

Numero nosologico della cartella: _____

La cartella clinica contiene i seguenti dati leggibili:

❑ SI	❑ No	Numero progressivo cartella clinica
❑ SI	❑ No	Generalità del paziente
❑ SI	❑ No	Struttura dove avviene il ricovero
❑ SI	❑ No	Data e ora di ingresso e uscita del paziente
❑ SI	❑ No	Presenza di Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) firmata dal medico responsabile (anche sigla)
❑ SI	❑ No	Presenza del motivo del ricovero (nel foglio di ricovero o nel diario medico in 1^ g. o nella documentazione di valutazione all'ingresso).
❑ SI	❑ No	Presenza dell'anamnesi patologica prossima
❑ SI	❑ No	Presenza dell'esame obiettivo all'ingresso firmato (anche sigla) e datato
❑ SI	❑ No	Presenza di diario medico con annotazioni in tutte le giornate di degenza firmato (anche sigla)
❑ SI	❑ No	Presenza di diario infermieristico con annotazioni in tutte le giornate di degenza firmato (anche sigla)
❑ SI	❑ No	Presenza di Progetto e programma riabilitativo individuale (PRI e pri) firmati dal medico responsabile.
❑ SI	❑ No	Presenza di documentazione riguardante l'attività svolta da professionisti sanitari riabilitatori
❑ SI	❑ No	Presenza di referti relativi agli esami diagnostici effettuati durante il ricovero
❑ SI	❑ No	Presenza di consenso informato, datato e firmato sia dal paziente che dal medico, per procedure invasive e/o trasfusione, come previsto dalla normativa.
❑ SI	❑ No	Presenza di lettera di dimissione comprendente almeno: la data di stesura, l'identificazione del medico redattore, una sintesi descrittiva del decorso clinico, le eventuali terapie e prescrizioni diagnostiche previste.

In attuazione alla DGRL 9014 del 20/02/2009 i ricoveri erogati per conto del SSR le cui cartelle cliniche non corrispondono ai predetti requisiti

"non sono rimborsabili"

in quanto non chiaramente rappresentative del percorso di cura del paziente.

Data _____/_____/_____

Firma del Medico che compila la SDO _____