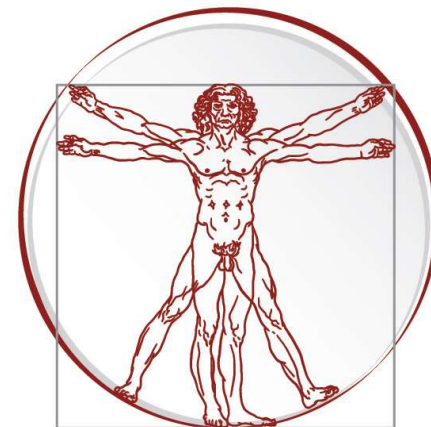


DOCUMENTAZIONE SANITARIA AMBULATORIALE



DEFINIZIONE

Fascicolo nel quale sono registrate, dal personale abilitato, le informazioni sanitarie e amministrative relative all'insieme degli episodi ambulatoriali afferenti ad uno specifico episodio o percorso di diagnosi, cura e riabilitazione.

CICLO DI VITA

- manca “una definizione normativa o regolatoria che stabilisca in modo certo e univoco i momenti della sua apertura e/o chiusura”;
- “il tempo intercorrente tra la sua apertura e la sua chiusura ... (è, n.d.r.) potenzialmente non prevedibile a priori”;
- ciascuna macroarea dovrà identificare i criteri per considerare risolto il problema di salute del paziente

TIPOLOGIE

- singolo documento, prodotto a seguito di singolo contatto del paziente;
- fascicolo costituito da documenti prodotti in occasione di un singolo contatto del paziente;
- fascicolo costituito da documenti prodotti nel corso di plurimi contatti del paziente

REDAZIONE

- Professionisti sanitari
- ulteriori figure (assistenti sociali, personale amministrativo, operatori di supporto, ecc.), compatibilmente con le attribuzioni loro conferite

FUNZIONI

- fornire una base informativa per decisioni clinico-assistenziali appropriate e garantire continuità assistenziale
- garantire continuità assistenziale

FUNZIONI

- facilitare l'integrazione operativa di diversi professionisti;
- tracciare le attività svolte
- costituire una fonte di dati
- Semplificare il lavoro

CONTNEUTI GENERALI

- Identità della struttura
- Data e ora di emissione
- Generalità del paziente
- Denominazione del documento e numerazione (1 di...)



CONTNEUTI GENERALI

- Generalità del paziente
 - Nome e cognome (*)
 - Data di nascita (*)
 - Luogo di nascita (*)
 - Codice Fiscale (*)
 - Telefono
 - Indirizzo e-mail
 - Nome del medico curante (MMG)
 - Numero di telefono MMG
 - Esenzioni (*)
 - Stato civile
 - Professione
 - Istruzione



CONTNEUTI GENERALI

In evidenza:

allergie e/o intolleranze verso alimenti, farmaci e
sostanze,

malattie trasmissibili note

eventuali barriere linguistiche

REFERTI

Al termine del singolo episodio ambulatoriale

- denominazione della prestazione erogata;
- quesito diagnostico o motivazione della richiesta;
- inquadramento
- prestazione eseguita (o motivo di mancata esecuzione)
- formulazione dell'esito/parere;
- conclusioni diagnostiche ed eventuali suggerimenti;
- data e ora di refertazione identità e firma del refertante.

TERAPIA FARMACOLOGICA

- prescrizione e somministrazione effettuate nel contesto ambulatoriale
- prescrizione ambulatoriale e seguito di somministrazione all'esterno (al domicilio, ad esempio)
- somministrazione di terapia altrove prescritta

CONSENSO INFORMATO

il paziente dovrà esprimere il proprio consenso informato per l'effettuazione di ogni singola procedura diagnostico-terapeutica che lo richieda



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

a fronte di una informativa sul trattamento dei dati personali il paziente dovrà esprimere anche un consenso al trattamento dei propri dati



ARCHIVIAZIONE TEMPORANEA

intesa come “provvisoriamente” chiusa nel periodo
intercorrente tra due aggiornamenti successivi