



Check List di chiusura della Cartella Clinica di Day Hospital

Cartella n° _____

La cartella clinica sopra indicata contiene i seguenti dati leggibili:

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	Numero progressivo cartella clinica
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	Generalità del paziente
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	Struttura dove avviene il ricovero
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	Data e ora di ingresso e uscita del paziente e luogo dove vengono effettuate le prestazioni all'interno della struttura (camera/posto letto), per ogni accesso
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	Presenza di Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) firmata dal medico responsabile (anche sigla)
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	Presenza del motivo del ricovero (nel foglio di ricovero o nella documentazione di valutazione all'ingresso).
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	Presenza dell'anamnesi patologica prossima
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	Presenza dell'esame obiettivo all'ingresso firmato (anche sigla) e datato
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	Presenza di diario medico con annotazioni in tutte le giornate di degenza firmato (anche sigla, in caso di più accessi)
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	Presenza di diario infermieristico con annotazioni in tutte le giornate di degenza firmato (anche sigla, in caso di più accessi)
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	Presenza di referti relativi agli esami diagnostici effettuati durante il ricovero
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	Presenza di consenso informato, datato e firmato sia dal paziente che dal medico, per procedure diagnostiche invasive e/o trasfusione, come previsto dalla normativa.
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	Presenza di lettera di dimissione comprendente almeno: la data di stesura, l'identificazione del medico redattore, una sintesi descrittiva del decorso clinico, l'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 _____