



DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

A mezzo email e pec

Direzione Sistemi Informativi
Dott. Maurizio Stumbo
LAZIOcrea

Area Sistemi Sociosanitari
Territoriali ed Emergenza
Dott. Antonio Bozza
LAZIOcrea

Oggetto: Realizzazione sistema di raccolta e distribuzione disponibilità posti letto negli ospedali regionali.

Considerata l'attuale emergenza, si rende necessaria la realizzazione di un sistema di raccolta delle informazioni relative alla disponibilità di posti letto negli ospedali regionali, anche in vista di una loro eventuale redistribuzione.

Tale sistema dovrà acquisire i dati provenienti dai vari presidi locali che necessitano di trasferire pazienti presso altre strutture, e farli pervenire ad un centro di raccolta unico che ne coordinerà la distribuzione.

I dati raccolti dal sistema saranno strutturati secondo il modello allegato.

Al fine di garantire la tutela dei dati personali e sensibili raccolti, dovrà essere realizzato un sistema che consenta la criptazione degli stessi sul database e la loro lettura attraverso una chiave di decriptazione a disposizione degli utenti finali.

Per un'ulteriore garanzia di sicurezza dei dati il sistema dovrà essere accessibile attraverso la rete intranet regionale, per la quale verranno creati specifici accessi VPN per le strutture non facenti parte della rete.

Si ringrazia per la fattiva collaborazione e si resta in attesa di urgente riscontro.
Cordiali saluti.

IL DIRIGENTE DELL'AREA
Rete Ospedaliera e Specialistica

Giuseppe Spiga

IL DIRETTORE REGIONALE
Renato Botti

DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

MODELLO PER LA RACCOLTA E DISTRIBUZIONE DELLE INFORMAZIONI RELATIVE ALLA DISPONIBILITÀ
DI POSTI LETTO NEGLI OSPEDALI REGIONALI.

DATA ----/----/-----

ORA ---/---

STRUTTURA SANITARIA RICHIEDENTE REPARTO

RICHIESTA DI POSTO LETTO IN.....(specificare tipologia reparto/necessità assistenziali)

MEDICO RICHIEDENTE..... TELEFONOFAX

PAZIENTE: COGNOME.....

NOME.....

ETA'

SESSO M / F

DATA E ORA RICOVERO / / /

STATO CLINICO : CGS /15. FR SATURIMETRIA FC P.A. /

INTUBATO SÌ NO DEAMBULA SÌ NO NECESSITA DI OSSIGENO TERAPIA: SÌ NO

COVID-19 POSITIVO: SÌ NO NECESSITA DI ASSISTENZA MEDICA A BORDO SÌ NO

ESIGENZE ASSISTENZIALI SPECIALI (es. dialisi, necessità di impianto di pace maker, ecc.):.....

AFFETTO DA.....

REFERTI E CONSULENZE ESEGUITE

MOTIVAZIONE DELL'IMPOSSIBILITA' A POTER EFFETTUARE ASSISTENZA

MOTIVAZIONE DELLA NECESSITA' DI UN TRASFERIMENTO URGENTE

IL PAZIENTE (o il legale rappresentante) E' STATO DA ME INFORMATO DELLA NECESSITA' DEL TRASFERIMENTO PRESSO
ALTRA STRUTTURA PER IL COMPLETAMENTO DELL' ITER DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO ED ESPRIME IL PROPRIO
CONSENSO

FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE

.....

-da compilare per paziente che necessita di terapia intensiva-

NULLA OSTA DELL'ANESTESISTA AL TRASFERIMENTO SÌ

NO

FIRMA DELL'ANESTESISTA

.....