

## SCHEDA RIASSUNTIVA PER PROGETTO DI GOVERNO CLINICO 2020 – BERGAMO

Per raggiungere l'obiettivo di Governo Clinico è necessario che il numero totale dei pazienti sommati tra i due seguenti indicatori sia  $\geq$  a 20 (saranno ritenuti validi anche i pazienti segnalati/contattati nel periodo precedente all'adesione al progetto, purché rispondenti ai criteri previsti).

### 1. INDICATORE SEGNALAZIONE CONTATTI STRETTI IN sMAINF – RICHIESTA TAMPONE

(\*) qualora un paziente non avesse avuto contatti stretti va comunque riportato su sMainf nel campo note: "nessun contatto stretto". **Le segnalazioni effettuate senza aver segnalato i contatti stretti o la suddetta dicitura non possono essere considerate valide al fine dell'obiettivo di governo clinico!**

n°	PAZIENTE	DATA SEGNALAZIONE	SEGNALAZIONE DEI CONTATTI STRETTI (*)		RICHIESTA TAMPONE AGLI AVENTI DIRITTO	
1			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
5			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
6			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
7			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
8			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
9			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
10			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
11			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
12			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
13			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
14			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
15			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
16			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
17			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
18			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
19			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
20			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

## 2. INDICATORE CONTATTI TELEFONICI A PAZIENTI FRAGILI IN ADP/ADI

(\*) la registrazione in ADIWEB e la compilazione della Scheda telefonica (allegato 1) vanno effettuate per ogni singolo contatto. Si ricorda che il numero di contatti telefonici mensili deve essere perlomeno pari al numero di accessi domiciliari previsti, indipendentemente se vengano o non vengano effettuate le visite domiciliari.

n°	PAZIENTE	N° ACCESSI DOMICILIARI PREVISITI	DATE DI CONTATTO	REGISTRAZ. IN ADIWEB (*)	COMPILAZIONE SCHEDA (all. 1)
1			luglio ..... agosto ..... settembre ..... ottobre ..... novembre ..... dicembre .....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2			luglio ..... agosto ..... settembre ..... ottobre ..... novembre ..... dicembre .....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3			luglio ..... agosto ..... settembre ..... ottobre ..... novembre ..... dicembre .....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4			luglio ..... agosto ..... settembre ..... ottobre ..... novembre ..... dicembre .....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5			luglio ..... agosto ..... settembre ..... ottobre ..... novembre ..... dicembre .....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6			luglio ..... agosto ..... settembre ..... ottobre ..... novembre ..... dicembre .....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

n°	PAZIENTE	N° ACCESSI DOMICILIARI PREVISITI	DATE DI CONTATTO	REGISTRAZ. IN ADIWEB (*)	COMPILAZIONE SCHEDA (all. 1)
7			luglio ..... agosto ..... settembre ..... ottobre ..... novembre ..... dicembre .....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
8			luglio ..... agosto ..... settembre ..... ottobre ..... novembre ..... dicembre .....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
9			luglio ..... agosto ..... settembre ..... ottobre ..... novembre ..... dicembre .....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
10			luglio ..... agosto ..... settembre ..... ottobre ..... novembre ..... dicembre .....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
11			luglio ..... agosto ..... settembre ..... ottobre ..... novembre ..... dicembre .....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
12			luglio ..... agosto ..... settembre ..... ottobre ..... novembre ..... dicembre .....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
13			luglio ..... agosto ..... settembre ..... ottobre ..... novembre ..... dicembre .....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

n°	PAZIENTE	N° ACCESSI DOMICILIARI PREVISITI	DATE DI CONTATTO	REGISTRAZ. IN ADIWEB (*)	COMPILAZIONE SCHEDA (all. 1)
14			luglio ..... agosto ..... settembre ..... ottobre ..... novembre ..... dicembre .....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
15			luglio ..... agosto ..... settembre ..... ottobre ..... novembre ..... dicembre .....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
16			luglio ..... agosto ..... settembre ..... ottobre ..... novembre ..... dicembre .....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
17			luglio ..... agosto ..... settembre ..... ottobre ..... novembre ..... dicembre .....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
18			luglio ..... agosto ..... settembre ..... ottobre ..... novembre ..... dicembre .....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
19			luglio ..... agosto ..... settembre ..... ottobre ..... novembre ..... dicembre .....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
20			luglio ..... agosto ..... settembre ..... ottobre ..... novembre ..... dicembre .....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO