



*Alla Segreteria AIUC
Corso Bramante 58/9 - 10126 TORINO
Fax 011 2446900*

SCHEDA DI ADESIONE

Progetto “ULCERDAYS 09”

6/7 Novembre 2009

Il sottoscritto _____ Responsabile della struttura sanitaria _____ chiede di essere inserito nell'elenco delle strutture sanitarie coinvolte nel progetto Ulcerdays e di accettare le seguenti modalità operative.

Modalità operative:

1. Le strutture sanitarie coinvolte nel progetto devono garantire un tempo minimo di accoglienza, durante la giornata del 6 o del 7 Novembre, di 5 ore (es.: ore 8.00/13.00).
2. L'utente deve essere registrato in maniera anonima (es.: paziente 1,2, ecc). Indicare: età, sesso, attività lavorativa, costo mensile per la medicazione della lesione sostenuta dal paziente, tipo, sede e data di comparsa della lesione ulcerativa
3. L'elenco completo dovrà essere inviato, oltre che alla Direzione Aziendale di appartenenza, alla Segreteria AIUC per la elaborazione del dato Nazionale di partecipazione suddiviso per Regioni. (L'AIUC provvede alla stampa e all'invio presso le singole strutture sanitarie di apposita modulistica).
4. Compilare una breve scheda anamnestica
5. Effettuare l'esame clinico della lesione.
6. Illustrare il Centro o Ambulatorio attraverso le sue modalità operative (es. giorni delle settimana in cui è operativo e modalità di accesso). Livello delle prestazioni erogabili. Tempi di attesa. Eventuali collegamenti con strutture di livello superiore (es.: centri dove è possibile effettuare innesti cutanei). Progetti futuri (es.: telemedicina, collegamento istituzionalizzato con altre strutture inter ed intra Aziendali , ecc.)
7. Definire un percorso diagnostico – terapeutico (da realizzare successivamente presso la medesima struttura o in struttura collegata).
8. Distribuzione di materiale informativo fornito dall'AIUC.
9. Eventuale distribuzione di materiale informativo redatto dall'Azienda Sanitaria di appartenenza.
10. L'adesione al progetto è su base volontaria. Gli operatori sanitari ed amministrativi coinvolti in maniera diretta ed indiretta nella realizzazione del progetto lo fanno a titolo gratuito.

Le caratteristiche della struttura sono qui di seguito elencate:

STRUTTURA SANITARIA Territoriale, Ospedaliera (pubblica o privata), Universitaria	
RESPONSABILE DI STRUTTURA	
RESPONSABILE DI AMBULATORIO	
INDIRIZZO (via, città e CAP)	
GIORNI ED ORARI DI APERTURA (nelle giornate dedicate all'Ulcerdays: 6 e 7 novembre 2009)	
RECAPITI TELEFONICI	
E-MAIL	
AZIENDA SANITARIA DI APPARTENEZA	
INDIRIZZO SEDE DIREZIONE GENERALE (via, città e CAP)	

La Sua struttura ha intenzione di fare attività formativa e cura dei pazienti? SI' NO
La Sua struttura ha intenzione di fare solo cura dei pazienti? SI' NO

Data

Il Responsabile
(timbro e firma)



Alla Segreteria AIUC
Corso Bramante 58/9 - 10126 TORINO
Fax 011 2446900

SCHEDA CONOSCITIVA

Progetto " ULCERDAYS 09"

6/7 Novembre 2009

STRUTTURA SANITARIA _____

NELLA NOSTRA DISPONIBILITA' SONO INCLUSI I SEGUENTI PRODOTTI:

TIPOLOGIA DI MEDICAZIONE	SI	NO
MEDICAZIONI TRADIZIONALI		
MEDICAZIONI AVANZATE		
SE SI, INDICARE LE CLASSI		
• IDROCCOLOIDI		
• SCHIUME DI POLIURETANO		
• ALGINATI		
• IDROFIBRE		
• IDROGEL		
MEDICAZIONI BIO-ATTIVE		
SE SI, INDICARE LE CLASSI		
• IN Ac. IALURONICO		
• COLLAGENO		
• INIBITORI DELLE METALLOPROTEASI		
BENDE PER ELASTOCOMPRESSIONE		
BENDE ALL'OSSIDO DI ZINCO		
BENDE SALVA PELLE		
LA DISPONIBILITA' DI MEDICAZIONI E' SUFFICIENTE?		

Il Responsabile
(timbro e firma)