



*Alla Segreteria AIUC
Via Assietta, 14 - 10128 TORINO
Fax 011 2446950*

SCHEDA DI ADESIONE

Progetto “ULCERDAYS®”

8/9 Ottobre 2010

Il sottoscritto _____ Responsabile della struttura sanitaria _____

chiede di essere inserito nell'elenco delle strutture sanitarie coinvolte nel progetto Ulcerdays®.

Modalità operative:

1. Le strutture sanitarie coinvolte nel progetto devono garantire un tempo minimo di accoglienza, durante la giornata dell' 8 o del 9 Ottobre, 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 della 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® : 8 e 9 ottobre 2010)	
RECAPITI TELEFONICI	
E-MAIL	
AZIENDA SANITARIA DI APPARTENEZA	
INDIRIZZO SEDE DIREZIONE GENERALE (via, città e CAP)	

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

Data

Il Responsabile
(timbro e firma)