

Deberá ser completado y firmado por el médico que solicita la internación

Paciente: _____ DNI N° _____

Médico que indica la ID _____ Matrícula N° _____

Teléfono: _____ mail: _____

Diagnóstico principal: _____

Otras patologías: _____

Considero que este paciente tiene indicación de Internación domiciliaria por reunir los siguientes criterios:

COD. 43.02.62 MÓDULO I: INTERNACIÓN DOMICILIARIA NIVEL I

Para admitir en este módulo I el paciente debe :	Señale la condición del paciente
Estar postrado o <u>semipostrado</u> por dificultad motora o discapacidad	Para autorizar la internación domiciliaria en Nivel I, el paciente debe reunir al menos tres de los criterios señalados
Necesitar atención de enfermería para curación de heridas o escaras G° I-II	
Necesitar controles estrictos de glucemia porque es diabético severo	
Necesitar controles estrictos de TA porque es hipertenso severo	
Necesitar kinesioterapia para movilización y/o para vías Respiratorias	
Presentar riesgo de complicación post operatoria	

COD. 43.02.63 MÓDULO II: INTERNACIÓN DOMICILIARIA NIVEL II

Para admitir en este módulo II el paciente debe :	Señale la condición del paciente
Estar postrado o <u>semipostrado</u> por dificultad motora o discapacidad	Para autorizar la internación domiciliaria en Nivel II, el paciente debe reunir al menos tres de los criterios señalados
Necesitar atención de enfermería para curación de heridas o escaras G° II-III	
Necesitar controles estrictos de enfermería por riesgo de descompensación	
Necesitar kinesioterapia para movilización y/o para vías Respiratorias	
Presentar riesgos de complicación por inmunodepresión o anticoagulación	
Presentar <u>Ostomias</u> , <u>SNG</u> , <u>SV</u> , <u>Endocat</u> , o requerir hidratación parenteral	

COD. 43.02.64 MÓDULO III: INTERNACIÓN DOMICILIARIA NIVEL III

Para admitir en este módulo III el paciente debe :	Señale la condición del paciente
Padecer una patología invalidante aguda o crónica complicada o terminal	Para autorizar la internación domiciliaria en Nivel III, el paciente debe reunir al menos tres de los criterios señalados
Necesitar atención, curación y controles estrictos de enfermería	
Necesitar kinesioterapia para soporte y vías Respiratorias con o sin aspiración	
Presentar riesgos de complicación por inmunodepresión o anticoagulación	
Presentar <u>Ostomias</u> , <u>SNG</u> , <u>SV</u> , <u>Endocat</u> , o requerir hidratación parenteral	

ATENCIÓN: El presente documento deberá ser completado y firmado por el médico que indica la Internación Domiciliaria. Se deja constancia que, a los fines de este servicio, el médico que indica esta internación domiciliaria será considerado como el profesional a cargo del paciente y deberá mantener una comunicación fluida con el internista por cuestiones de Responsabilidad Legal Compartida. Asimismo, se informa que el Médico Internista Domiciliario brindará el servicio conforme a las necesidades de internación del paciente y a su evolución, en el marco de las condiciones previstas por el IOSCOR. El médico designado por IOSCOR constatará la verosimilitud del presente formulario realizando auditoría en terreno. La autorización definitiva queda sujeta a la auditoría central.

Firma y del Familiar

Lugar y fecha

Médico que indica la internación