

SCHEDA AGGIORNAMENTO CENTRI ANTIFUMO 2012

Inviare la scheda compilata via e-mail a enrica.pizzi@iss.it - o via fax 06/49903649

(per qualsiasi dubbio e/o informazione contattare il Telefono Verde contro il Fumo 800 554088 dell'Istituto Superiore di Sanità)

DATI SU INDIRIZZO, REFERENTE/I E MODALITÀ DI CONTATTO	
<p>ASL LATINA – DISTRETTO 4 Centro Anti Fumo U.O.S. SER.D. Distretto 4 – Via F.lli Bandiera, 15 Terracina (LT) Responsabile: Dr.ssa M.Paola Giardino (Psicologo-Psicoterapeuta) Referente/i: Dott. Gaetano Padula (Medico) Dott. Antonello G.Luigi Santucci(Medico) Tel.: 0773/708215 - 12 Fax: 0773/708211 E-mail: aslter.sert@libero.it Contatto telefonico: <i>per informazioni e appuntamento</i> Mercoledì dalle ore 8,30 alle 12,30 Contatto diretto presso il Servizio: <i>per informazioni, appuntamento e trattamento</i> Dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8,30 alle 13,30 Giovedì dalle ore 14,30 alle 17,30</p>	<p>Quali sono le modalità per prenotare la prima visita e/o avere informazioni presso il vostro Centro Antifumo? (anche più risposte)</p> <p>X <input type="checkbox"/> Telefonica per X <input type="checkbox"/> Prenotazione X Informazioni</p> <p>Numeri _____ (se diversi da quelli già indicati)</p> <p>Giorni e orari _____ (se diversi da quelli già indicati)</p> <p>X <input type="checkbox"/> Diretta al Servizio per X <input type="checkbox"/> Prenotazione X <input type="checkbox"/> Informazioni</p> <p>Giorni e orari _____ (se diversi da quelli già indicati)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cup per <input type="checkbox"/> Prenotazione <input type="checkbox"/> Informazioni</p> <p>Numeri <u>0773</u> 708374 _____ (se diversi da quelli già indicati)</p> <p>Giorni e orari _____ (se diversi da quelli già indicati)</p> <p><input type="checkbox"/> Segreteria Telefonica per <input type="checkbox"/> Prenotazione <input type="checkbox"/> Informazioni</p> <p>Numero _____</p> <p><input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ _____</p> <hr/> <p>Quanti giorni a settimana è aperto il CA? N_1 Per quante ore settimanali è aperto il CA? N_8</p>
ÉQUIPE E TIPOLOGIE DI INTERVENTO	
<p>Équipe: Tipologia dell'intervento: <i>Valutazione clinico-funzionale:</i> sì <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <i>Terapia farmacologica:</i> sì <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <i>Counseling Individuale:</i> sì <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <i>Terapia di Gruppo:</i> sì <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p>	<p>Indicare tipo e numero di figure professionali operanti nel CA (équipe):</p> <p><input type="checkbox"/> N. 2 Medici <input type="checkbox"/> N. 1 Infermiere <input type="checkbox"/> N. 1 Psicologo - Psicoterapeuta <input type="checkbox"/> N. 1 Broncopneumologo - Specialista Consulente <input type="checkbox"/> N. 1 Cardiologo – Specialista Consulente</p> <hr/> <p>Specificare eventuali altre terapie e numero incontri se diversi o non previste precedentemente</p> <p>Psicoterapia individuale / Counseling psicologico Visita specialistica cardiologica e pneumologica Spirometria con misurazione del CO espirato Prelievo per esami ematochimici Eventuale TAC spirale</p>

MODALITÀ DI ACCESSO AL CENTRO ANTIFUMO

Prestazioni:

- con ticket
 a pagamento
 gratuite

Modalità di accesso al Servizio:

Accesso diretto su prenotazione e con prescrizione medica su ricettario del SSN

Al Centro Antifumo si accede con:

- Impegnativa del medico di base e contatto diretto con il CA per appuntamento

Specificare dicitura impegnativa: Visita Pneumologica Antifumo

- Impegnativa del medico di base e appuntamento/prenotazione CUP

Specificare dicitura impegnativa:
Visita Medica per Tabagismo

- Contatto diretto con il CA per appuntamento

- Altro

Specificare _____

ATTIVAZIONE DEL CENTRO ANTIFUMO

Anno di attivazione: 2013

Il vostro CA è stato attivato:

Nel _____ senza alcuna autorizzazione formale;

Attivazione: 7 Febbraio 2013 con riconoscimento formale.

Se il vostro CA opera con un riconoscimento formale specificarne la tipologia:

- Delibera aziendale
 Non so
 Altro:

UTENTI SEGUITI

Nel 2011 quanti utenti hanno ricevuto trattamenti per smettere di fumare presso il vostro CA?

- N. __ utenti

Se non si è a conoscenza del numero preciso indicare un range:

- fino a 10 utenti
 11-50 utenti
 51-100 utenti
 101-150 utenti
 più di 150 utenti
 nessun utente

OLTRE AL CENTRO ANTIFUMO INDICATO NELLA SCHEDA, ESISTONO ALTRE SEDI DISTACCATE? NO

SE SÌ, INDICARE INDIRIZZO, TELEFONO E ORARI:

