|  |  |
| --- | --- |
| **SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO** |  |
| **MINISTERO DELLA SALUTE** |  | **STS.11** |
| |  | | --- | | Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica. | | Direzione Generale della programmazione sanitaria. | |  |

**DATI ANAGRAFICI DELLE STRUTTURE SANITARIE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A** |  | **DENOMINAZIONE STRUTTURA** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B** |  | **CODICE REGIONE** |  |  | **C** |  | **CODICE U.S.L./AZ.OSP.** |  | **C.1** |  | **CODICE DISTRETTO** |  | **D** |  | **CODICE STRUTTURA** |  | **E** |  | **ANNO** |
| **1 9 0** | | |  |  | **2 0 6** | | |  | **| | | | | | |** | | |  | **| | | | | | |** | | |  | **| | | | |** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **F** |  |
|  | PARTITA IVA: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  INDIRIZZO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  COMUNE: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_  codice ISTAT denominazione del Comune Provincia  C.A.P. **| | | | | |**  TELEFONO **| | | | / | | | | | | | |** DATA DI APERTURA |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  FAX **| | | | / | | | | | | | |** giorno mese anno  E-MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA DI CHIUSURA |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  SITO WEB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ giorno mese anno  CODICI “OLD” |\_\_|\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|\_\_|  |\_\_|\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|\_\_|  |\_\_|\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|\_\_|  |\_\_|\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|\_\_| |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **G** | **TIPO DI STRUTTURA** | |
|  | |  | Ambulatorio e laboratorio  |\_\_| Altro tipo di struttura territoriale  |\_\_| Struttura semiresidenziale  |\_\_| Struttura residenziale  |\_\_| Casa della Comunità  MESI DI FUNZIONAMENTO NELL’ANNO : |\_| **\_**| |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **H** | **TIPO DI ASSISTENZA EROGATA** |
|  | GIORNI SETTIMANALI ORE SETTIMANALI  DI APERTURA DI APERTURA  |  | S01 - Attività clinica |  | |\_\_|  | |  |\_\_| S02 - Diagnostica strumentale e per immagini |\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|  |\_\_| S03 - Attività di laboratorio |\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|  |\_\_| S04 - Attività di consultorio familiare |\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|  |\_\_| S05 - Assistenza psichiatrica |\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|  |\_\_| S06 - Assistenza per dipendenze patologiche  |\_\_| S07 - Assistenza persone con infezione da HIV  |\_\_| S08 - Assistenza termale  |\_\_| S09 - Assistenza agli anziani  |\_\_| S10 - Assistenza ai disabili fisici  |\_\_| S11 - Assistenza ai disabili psichici  |\_\_| S12 - Assistenza alle persone nella fase terminale della vita  |\_\_| S13 - Assistenza per emergenze sanitarie  |\_\_| S14 - Vaccinazioni per emergenze pandemiche  |\_\_| S15 - Prescrizione farmaci Nota 99 AIFA  |\_\_| S16 - Assistenza di Neuropsichiatria infantile e dell’adolescenza  |\_\_| S17 - Attività di Ospedale di Comunità  |\_\_| S18 - Attività di Centrale Operativa Territoriale  |\_\_| S19 - Attività di Residenza per l’esecuzione delle misure di sicurezza (R.E.M.S.) |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **I** | **TIPO DI RAPPORTO CON IL S.S.N.** |
|  | |  | 1 - STRUTTURA DIRETTAMENTE GESTITA |\_\_| 2 - STRUTTURA NON DIRETTAMENTE GESTITA |

|  |  |
| --- | --- |
| **L** |  |
|  | |\_\_| 1 - INTERNA A STRUTTURA DI RICOVERO |\_\_| 3 – INTERNA A CASA DELLA COMUNITA’  |\_\_| 2 – NON INTERNA AD ALTRA STRUTTURA  CODICE STRUTTURA DI RICOVERO |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|  CODICE CASA DELLA COMUITA’ |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |

|  |  |
| --- | --- |
| **M** |  |
|  | (barrare la casella corrispondente)  |\_\_| 1 - SINGOLO MEDICO  |\_\_| 2 - SOCIETA’  |\_\_| 3 - SOCIETA’ TITOLARE ANCHE DI CASE DI CURA  |\_\_| 4 - ALTRO |
|  | POSTI LETTO OSPEDALE DI COMUNITA’ |
|  | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |\_\_| BARRARE LA CASELLA SE SONO PRESENTI APPARECCHIATURE TECNICO BIOMEDICHE |

Data …………………. Il Funzionario responsabile ..................................................