



Modulo richiesta attivazione servizio di mediazione culturale Face to Face - Valutazione intervento a chiamata

Da inviare, debitamente compilato, a:
 mediazione.culturale@asl.vt.it; mediazione@alicenova.it

0761 236637

Unità Operativa/Servizio _____

Data richiesta intervento __/__/____ ora ____ lingua _____

Luogo in cui si deve recare il mediatore _____

indirizzo _____

recapito telefonico _____

Nome e cognome operatore Asl di riferimento _____

Tipologia dell'intervento richiesto:

Videoconferenza Programmato Urgente

Da consegnare al Mediatore

RENDICONTAZIONE DELL'INTERVENTO

Nome e cognome del Mediatore _____

Intervento effettuato in data __/__/____ dalle ore ____ min ____ alle ore ____ min ____ Totale ore ____ min ____

Firma del mediatore

Firma dell'operatore sanitario

L'intervento ha facilitato:

- | | |
|---|---|
| la comprensione linguistica | sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| la relazione tra medico/operatore e paziente | sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| la comprensione degli aspetti sanitari (diagnosi, terapia) | sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| in generale l'intervento ha permesso una migliore gestione del tempo dedicato al paziente | sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| il mediatore ha saputo mantenere un setting adeguato | sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |

OSSERVAZIONI

Data

____/____/____

Firma del Dirigente o Operatore Sanitario
