



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

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 _____

L'intervento ha facilitato:

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

OSSERVAZIONI _____

Data

____ / ____ / ____

Firma del Dirigente o Operatore Sanitario
