

## PROPOSTA DI RICOVERO IN DAY-HOSPITAL NEUROMOTORIO

Cognome: ..... Nome: .....

Luogo di nascita ..... Data di nascita .....

Domicilio ..... Tel. ....

Documento ..... Codice Fiscale ..... Medico di base .....

### CENNI SULL'ANAMNESI E SULLE ATTUALI CONDIZIONI CLINICHE:

1) Diagnosi di natura e sede della malattia, che giustifica il ricovero: .....

.....

2) Data d'inizio della malattia sopra indicata: .....

3) Condizioni generali:

buone

discrete

scadenti

4) Stato della coscienza: vigile

obnubilato

confuso

Collabora:  SI  NO

5) Deficit neuropsicologici:  SI  NO

6) Disturbi del linguaggio:  SI  NO

7) Disturbi del comportamento:  SI  NO

Altre osservazioni

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8) Cardiopatia:  SI  NO | Classe NYHA:  1  2  3  4  
 (New York Heart Association)

9) Motilità volontaria:

Paraparesi	<input type="checkbox"/>	Mantiene la stazione eretta:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tetraparesi	<input type="checkbox"/>	Mantiene la posizione seduta:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Emiparesi	<input type="checkbox"/>	Deambula:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Emiplegia	<input type="checkbox"/>	Controindicazioni al carico:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

10) Limitazioni articolari:  SI  NO | Altre osservazioni: .....

Apparecchio gessato:  SI  NO | .....

Fissatore esterno:  SI  NO | .....

11) Metastasi ossee:  SI  NO | sedi.....

.....

12) Trofismo cutaneo (indicare se ci sono piaghe da decubito, precisando, in caso affermativo, sede, estensione, profondità): .....

.....

.....

13) Intervento chirurgico per patologia ortopedica e/o neurologica:  SI  NO

14) Concomitanti condizioni morbose: .....

.....

15) Terapia in atto: .....

.....

16) Precedenti condizioni morbose: .....

.....

Data ..... IL MEDICO PROPONENTE  
 (Recapito telefonico del medico.....) (timbro, firma ed eventuale qualifica)  
 (nelle ore.....) .....

(La mancata compilazione integrale di questo modulo può determinare il rifiuto della proposta di ricovero o la richiesta di ulteriori precisazioni con allungamento dei tempi di attesa)

PARTE RISERVATA ALL'ISTITUTO SAN RAFFAELE			
Richiesta	<input type="checkbox"/> ACCETTATA	<input type="checkbox"/> NON ACCETTATA	(Se non accettata indicare la motivazione)
.....			
.....			
.....			
Data .....	IL PRIMARIO .....		