

PROPOSTA DI RICOVERO IN RIABILITAZIONE

Data compilazione proposta

Data anagrafici:

Cognome Nome

Luogo di nascita Data di nascita CF

Domicilio Via n° Tel.

Provenienza: Domicilio Ospedale Ospedale

Reparto Fax Tel. Data ricovero

Medico Referente Tel. Tel familiari

Ricovero richiesto in: U.O. Neuromotoria U.O. Cardiologica U.O. Respiratoria

Disabilità oggetto di riabilitazione:

Data evento acuto/intervento chirurgico/...../.....

Tipologia.....

Eventuali complicanze intercorse - stato ferita chirurgica.....

Condizioni generali prima dell'evento acuto buone parzialmente disabilitanti scadute

Patologie concomitanti:

Cardiovascolari.....

Classe NYHA 1 2 3 4

Arteriopatie periferiche.....

Respiratorie (specificare se in O2 terapia/ventilazione meccanica invasiva e relative modalità)

Sistema nervoso.....

Decadimento cognitivo (specificare grado sec. MMSE)

Psichiatriche.....

Disturbi comportamentali (specificare tipologia)

Tossicomania/tossicofilia (compreso alcolismo).....

Disturbi del linguaggio

Dismetaboliche.....

Muscoloscheletriche.....

Pregressi interventi chirurgici.....

Pregressi traumi (specificare sede).....

Patologie neoplastiche.....

Metastasi.....

Ulcere trofiche/da pressione (specificare sede e stadio)

GIUDIZIO CLINICO: paziente stabile dal punto di vista internistico SI NO

IN CASO DI PARTICOLARE COMPLESSITA' CLINICA SI PREGA DI ALLEGARE UNA RELAZIONE

Dati anagrafici se inviata via FAX

Cognome: Nome: Data di nascita:/...../.....

Condizioni generali attuali:	Buone <input type="checkbox"/>	Discrete <input type="checkbox"/>	Scadenti <input type="checkbox"/>
Paziente postcomatoso:	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	→ con <input type="checkbox"/> senza <input type="checkbox"/> esiti acuti per il presente ricovero	
Collaborazione:	Totale <input type="checkbox"/>	Parziale <input type="checkbox"/>	Alternante <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/>
Emotività:	Depressione No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Eccitazione No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Aggressività No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Capacità di alimentarsi:	Autonomo <input type="checkbox"/>	Disfagia No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	
	Non autonomo <input type="checkbox"/>	→ Imboccato <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Parenterale <input type="checkbox"/>	
Trasferimenti (letto-carrozzina):	Mantiene la posizione eretta: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>		
	Autonomo <input type="checkbox"/>		
	Non autonomo <input type="checkbox"/>	→ Assistenza minima <input type="checkbox"/> Moderata <input type="checkbox"/> Massima <input type="checkbox"/>	
Deambulazione:	Autonomo <input type="checkbox"/>		
	Autonomo con ausilio → Bastone <input type="checkbox"/> Deambulatore <input type="checkbox"/> Carrozzina <input type="checkbox"/>		
	Non autonomo → Allettato <input type="checkbox"/> Carrozzina <input type="checkbox"/>		
Uso carrozzina:	Autonomo <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/>		
Fare le scale:	Autonomo <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Impossibile <input type="checkbox"/>		
Igiene personale:	Autonomo <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/>		
Fare il bagno:	Autonomo <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/>		
Gestione sfinteri:	Continente <input type="checkbox"/> Incontinenza urinaria <input type="checkbox"/> Fecale <input type="checkbox"/>		
	Portatore di catetere vescicale dal ultimo cambio		
Presenza di:	Stomie → No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Sede		
	Catetere venoso centrale → No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Sede		
	Catetere venoso periferico → No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Sede		
	Cannula tracheale → No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>		
	Fissatore esterno → No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Sede		
	Apparecchio gessato → No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Sede		
	Ventilazione meccanica → No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>		

Terapia farmacologica in atto: Specificare specialità, posologia e via di somministrazione. Allergie note:

.....

.....

.....

Chemioterapia: No Si

Rete sociale

Presenza di rete familiare: Si No Note:

.....

L'ammissione al ricovero è subordinata al parere del medico di accettazione della Casa di Cura ai sensi dell'art.14 del DPR n° 128 del 27/03/1968. La proposta di ricovero non verrà esaminata se non leggibile o incompleta.
 All'atto dell'accettazione il medico valuterà la congruità delle notizie contenute nella scheda con lo stato reale del paziente ed in caso di difformità lo stesso sarà rinviato al reparto di provenienza o a domicilio.
 La disponibilità di posto letto verrà comunicata a mezzo fax per i pazienti provenienti da ospedale, per i pazienti domiciliari essi verranno contattati telefonicamente qualche giorno prima del ricovero.
 I familiari si impegnano a riprendersi cura del paziente all'atto della dimissione o in caso di mancata accettazione.

Firma leggibile del paziente o del familiare (indicare grado di parentela)

Firma e timbro del Medico proponente Tel.

PARTE RISERVATA ALL'ISTITUTO SAN RAFFAELE

Richiesta

ACCETTATA

NON ACCETTATA

(Se non accettata indicare la motivazione)

.....

.....

.....

Data

IL PRIMARIO