

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		