



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: .....

.....

17) Allergie: .....

Data ..... IL MEDICO CURANTE

(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 .....		