

Residenza Anni Azzurri MIRASOLE
Via P. Borsellino,6
20090 Noverasco di Opera (MI)
Tel 02-57691 Fax 02-57691799
riabilitazione.mirasole@anniazzurri.it

MODULO DI AMMISSIONE

COGNOME	NOME		
Nato/a a:	IL		
Residente	Prov.	CAP	
Via	N°		
N° Tessera Sanitaria	Cod. Fiscale		

PROVENIENZA

<input type="checkbox"/> DOMICILIO
<input type="checkbox"/> OSPEDALE _____ Reparto _____ degente dal _____
<input type="checkbox"/> ALTRA STRUTTURA _____ Ospite dal _____

Vive abitualmente

<input type="checkbox"/> SOLO (o coniuge non idoneo al supporto assistenziale)
<input type="checkbox"/> IN FAMIGLIA (<input type="checkbox"/> con coniuge valido <input type="checkbox"/> con figli e/o nipoti)
<input type="checkbox"/> IN STRUTTURA PROTETTA (RSA, ecc..)

Parenti o altre Persone di riferimento

Sig. _____ Tel _____
Grado di parentela sociale _____
Sig. _____ Tel _____
Grado di parentela sociale _____
Sig. _____ Tel _____
Grado di parentela sociale _____

DOCUMENTI RICHIESTI DA PRESENTARE AL RICOVERO

- (1) Carta di Identità** (in corso di validità) -- **(2) CODICE FISCALE** -- **(3) TESSERA SANITARIA** (in originale)
(4) IMPEGNATIVA REGIONALE DI RICOVERO – **(5) QUESTIONARIO DI AMMISSIONE**
(6) DOCUMENTAZIONE CLINICA (dimissione, esami, documentazione clinica, ecc.)

QUESTIONARIO SANITARIO

Da compilarsi a cura del Medico curante o dall'Ospedale

COGNOME	NOME	ETA'
---------	------	------

DIAGNOSI E MOTIVAZIONE RICHIESTA DEL RICOVERO

L'Inabilità attuale dal:	a seguito di:
<input type="radio"/> 1° Episodio	<input type="radio"/> ricaduta <input type="radio"/> peggioramento in quadro stabilizzato

Condizioni patologiche concomitanti (specificare, data di insorgenza e gravità)

Il paziente abitualmente vive:	<input type="checkbox"/> solo	<input type="checkbox"/> con parenti	<input type="checkbox"/> con badanti
Igiene personale:	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> totalmente dipendente
Abbigliamento:	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> totalmente dipendente
Alimentazione:	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> totalmente dipendente
<input type="checkbox"/> disfagia	<input type="checkbox"/> sondino n.g.	<input type="checkbox"/> PEG	ALTRO _____
Funzione respiratoria:	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> alterata _____	
Incontinenza urinaria:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> saltuaria	<input type="checkbox"/> totale <input type="checkbox"/> cateterizzato
Incontinenza fecale:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> saltuaria	<input type="checkbox"/> totale <input type="checkbox"/> stomizzato
Vista:	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> compromessa	<input type="checkbox"/> cecità totale
Udito:	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> compromesso	<input type="checkbox"/> sordità totale
Linguaggio:	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> disartria	<input type="checkbox"/> afasia d'espressione <input type="checkbox"/> afasia globale
Livello di coscienza:	<input type="checkbox"/> integro	<input type="checkbox"/> parzialmente compromesso	<input type="checkbox"/> demente MMS _____
Reattività psichica:	<input type="checkbox"/> indifferente	<input type="checkbox"/> depresso	<input type="checkbox"/> ansioso <input type="checkbox"/> aggressivo <input type="checkbox"/> delirante <input type="checkbox"/> allucinato
Piaghe da decubito:	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> presenti sede: _____	
Grado:	<input type="checkbox"/> arrossamento	<input type="checkbox"/> disepitelizzazione	<input type="checkbox"/> interessamento del derma <input type="checkbox"/> necrosi

Altri problemi clinico assistenziali:

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO

VALUTAZIONE CLINICA DEL PAZIENTE

<input type="checkbox"/>	Stabilizzato (monitoraggio clinico strumentale programmabile)
<input type="checkbox"/>	Moderatamente instabile (a causa di _____)
<input type="checkbox"/>	Con problemi irrisolti (necessita di monitoraggio pluriquotidiano _____)

prima dell'evento era: autonomo fuori casa autonomo al domicilio in carrozzina allettato

Relazione funzionale aggiornata alla dimissione descrittiva del quadro neuromotorio e della collaborazione

Passaggi posturali:	<input type="checkbox"/> dipendente	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> autonomo
Verticalizzazione:	<input type="checkbox"/> dipendente	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> autonomo
Deambulazione:	<input type="checkbox"/> dipendente	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> autonomo
	<input type="checkbox"/> Girello alto	<input type="checkbox"/> girello basso	<input type="checkbox"/> tripode <input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> libero
Forza muscolare:	5 normale	4 buona	3 discreta 2 scarsa 1 tracce 0 nessuno

collaborazione: nulla/oppositiva scarsa buona

RELAZIONE ORTOPEDICA

data frattura _____ data intervento _____

Artroprotesi Endoprotesi Cementata **SI NO** Chiodo _____

Carico concesso: sfiorante parziale libero

Si richiedono controlli Radiografici e referti accertamenti diagnostici

Altre eventuali notizie:	

Si informa il Medico compilatore che, qualora il quadro clinico riscontrato all'accettazione non dovesse corrispondere a quanto descritto, ostacolando il progetto riabilitativo, ci si riserva la facoltà di non prendere in carico il Paziente.

Timbro e firma del Medico

Indirizzo _____ Telefono _____ data compilazione _____