

**L'INCOMPLETA COMPILAZIONE DELLA PRESENTE SCHEDA COMPORTA IL RIFIUTO DELLA RICHIESTA**

**ANAGRAFICA DEL PAZIENTE**

COGNOME.....NOME.....

SESSO  M  F DATA DI NASCITA..... LUOGO DI NASCITA .....

COMUNE DI RESIDENZA ..... PROVINCIA.....

VIA.....N°..... TEL.....

**ATTUALMENTE IL PAZIENTE SI TROVA :**

OSPEDALE..... REPARTO .....

in Rep. Riabilitazione Intensiva  in Rep. Riabilitazione Estensiva

al domicilio  in RSA

**REFERENTE SANITARIO..... TEL.....**

**NOTIZIE CLINICHE**

DIAGNOSI DELL'EVENTO INDICE per il quale si richiede il ricovero in Riabilitazione.....

DATA DI INSORGENZA.....

INDICAZIONI SUL CARICO (Pazienti proveniente da U.O. Ortopedia ) .....

CONDIZIONI GENERALI :  BUONE  MEDIOCRI  SCADUTE  
LIVELLO DI STABILITA' delle condizioni cliniche :  stabilizzate  non stabilizzate

PATOLOGIE ASSOCIATE .....

LESIONI DA DECUBITO  NO  SI Stadio NPUAP..... sede .....

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO ( se possibile allegare foglio terapia ) .....

TERAPIE PARTICOLARI  nessuna  ossigenoterapia  ventilazione polmonare  dialisi  
 radioterapia  nutrizione enterale  nutrizione parenterale  chemioterapia

**VALUTAZIONE RIABILITATIVA**

FISIOTERAPIA IN CORSO  SI  NO

LE ATTUALI CONDIZIONI CLINICHE PERMETTONO LO SVOLGIMENTO DI UN PROGRAMMA RIABILITATIVO  
SIA ATTIVO CHE PASSIVO ?  SI  NO

più di 60 minuti/die  meno di 60 ma più di 40 minuti/die  meno di 40 minuti/die

HA FATTO NELL'ANNO ALTRI RICOVERI RIABILITATIVI ?  SI  NO

### ANAMNESI SOCIALE

VIVE SOLO     CON IL CONIUGE     CON IL FIGLIO/A     ALTRI.....

#### PERSONE DI RIFERIMENTO :

1.....grado di parentela.....Tel.....

2.....grado di parentela.....Tel.....

#### AL PAZIENTE VENIVA FORNITA ASSISTENZA PRIMA DEL RICOVERO ?

NO     SI     PARENTE     OPERATORE     ADI

### PREGRESSE CAPACITA' DEL PAZIENTE

#### PRIMA DELL'ATTUALE RICOVERO

- USCIVA DI CASA DA SOLO  
 ERA INDIPENDENTE SOLO NELL'AMBITO DEL DOMICILIO  
 AL DOMICILIO SI SPOSTAVA CON AIUTO DI UNA O PIU' PERSONE  
 IN CARROZZINA O ALLETTATO

### ATTUALI CAPACITA' DEL PAZIENTE

- |                     |                                   |   |   |
|---------------------|-----------------------------------|---|---|
| ALIMENTAZIONE       | <input type="checkbox"/> AUTONOMO | <input type="checkbox"/> HA BISOGNO DI AIUTO  | <input type="checkbox"/> DEVE ESSERE IMBOCCATO                |
| TRASFERIMENTI       | <input type="checkbox"/> AUTONOMO | <input type="checkbox"/> AIUTO DI UNA PERSONA | <input type="checkbox"/> DUE PERSONE/SOLLEVATORE              |
| LETTO-CARROZZINA    | <input type="checkbox"/> AUTONOMO | <input type="checkbox"/> CAMMINA CON AIUTO    | <input type="checkbox"/> NON CAMMINA                          |
| DEAMBULAZIONE       | <input type="checkbox"/> AUTONOMO | <input type="checkbox"/> HA BISOGNO DI AIUTO  | <input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE                |
| IGIENE PERSONALE    | <input type="checkbox"/> AUTONOMO | <input type="checkbox"/> HA BISOGNO DI AIUTO  | <input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE                |
| CONTINENZA URINARIA | <input type="checkbox"/> TOTALE   | <input type="checkbox"/> PARZIALE             | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CATETERE |
| CONTINENZA FECALE   | <input type="checkbox"/> TOTALE   | <input type="checkbox"/> PARZIALE             | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> STOMIA   |

### STATO COGNITIVO, COLLABORAZIONE, COMUNICAZIONE

- ORIENTAMENTO E MEMORIA     INTEGRI     EPISODICAMENTE ALTERATI     ALTERATI
- può comunicare su tutti i problemi personali, adeguato all'interlocutore, collabora alle manovre della visita
- risponde solo alle domande semplici, scarsamente adeguato all'interlocutore, ha difficoltà a collaborare
- la comunicazione è molto compromessa o assente, non adeguato all'interlocutore, non collabora

### STATO PSICOEMOTIVO

- NESSUN DISTURBO     ANSIA     DEPRESSIONE     APATIA     DELIRI     ALLUCINAZIONI
- Agitazione psicomotoria     NO     SI     Solo notturna
- Patologie psichiatriche     NO     SI    quali.....
- Pregressi tentati suicidi     NO     SI

Il Medico richiedente il ricovero (firma e timbro).....Data:.....

ALL'INGRESSO NEL DIPARTIMENTO DI MEDICINA RIABILITATIVA IL PAZIENTE DEVE ESSERE IN POSSESSO DI :  
Lettera di dimissione ospedaliera, ultimi esami ematici e strumentali eseguiti, **ultimi RX utili**. Carta di identità, codice fiscale, tessera sanitaria, **documentazione di invalidità civile**, modulo esenzione (se in possesso)

### RISERVATO ALLA STRUTTURA ACCETTANTE

Da quanto risulta dalla documentazione sanitaria fornita si ritiene il ricovero :

Non indicato     Indicato     Riabilitazione Intensiva     Riabilitazione Estensiva

Nulla osta del Direttore di Dipartimento.....Data.....