

Unità Operativa di Riabilitazione Generale Geriatrica

Medico Responsabile: Dr Guglielmo W. Spassini
Tel. 030 2590742 Fax 030 2791112

RICHESTA DI RICOVERO/TRASFERIMENTO

Data _____

Cognome _____ Nome _____

Residenza: via _____ Comune _____

Tel. paziente _____ Tel. caregiver _____

Data di nascita _____ Cod Fisc _____ Tess.Sanitaria _____

Medico di Famiglia _____ (tel. _____)

Diagnosi riabilitativa: _____

Diagnosi di fondo: _____

Stato funzionale pre-morboso	Autonomo fuori casa	Autonomo in casa	Dipendenza lieve	Dipendenza moderata	Dipendenza grave	
Stato mentale	Lucido	Deficit lieve	Deficit Moderato	Deficit Grave	Sopore/coma	
Disturbi del comportamento	Assenti	Disturbi Lievi	Disturbi Moderati	Disturbi Gravi	Disturbi Gravissimi	
Cammino	Autonomo	Autonomo con ausilio	Solo con aiuto umano	Letto/poltrona	Allettato	
Carico	Autorizzato	Parziale%	Sfiorante	Non autorizzato fino al .../.../..	Impossibile	
Alimentarsi	Autonomo	Supervisione	Aiuto moderato	Imboccamento	NET PEG	NET SNG
Igiene personale	Autonomo	Supervisione	Aiuto minimo	Aiuto moderato	Dipendenza totale	
Continenza	Continente	Incontinenza urinaria occasionale	Incontinenza urinaria cronica	Incontinenza fecale	Incontinenza doppia	
Catetere vescicale	Assente	Recente: ultimo cambio	Abituale, a dimora	Recente con decateterizzazioni fallite	Sola gestione urologica	
Medicazioni	Assenti	Ferita chirurgica	Escara	Ulcera trofica	Ulcera da decubito	
Corporatura	Magrezza	Normopeso	Sovrappeso	Obesità moderata	Obesità grave	
Necessità specifiche	No	Sì: quali? (CVC, Stomie, O2-terapia ...)				

Terapia in atto ed eventuali prescrizioni dietetiche:

Medico proponente (timbro e firma leggibile)

Telefono reparto/medico proponente

M_06 Uor Rev 3 07/2017