



POLO GERIATRICO RIABILITATIVO

Dipartimento di Medicina Riabilitativa

Sede Legale: Via San Faustino 27 – 20134 Milano
Tel. 02 210861 – F. 02 21086961
Sede Amministrativa: Via dei Lavoratori 133
20092 Cinisello Balsamo (Mi)
T. 02 618371 – F. 02 61290998
Capitale Sociale: 3.000.000,00 Euro i.v.
R.I./P.I./C.F. 01896780135 – R.E.A. Mi

RICHIESTA DI RICOVERO IN RIABILITAZIONE

Inviare via fax al numero 02 61290998

ANAGRAFICA PAZIENTE

COGNOME..... NOME.....
SESSO: M F DATA DI NASCITA..... LUOGO DI NASCITA.....
COMUNE DI RESIDENZA..... PROVINCIA.....
VIA..... N°..... TEL.....

ATTUALMENTE IL PAZIENTE SI TROVA:

in U.O.ospedaliera..... Reparto.....
 in Rep.Riabilitazione Specialistica in Rep.Riabilitazione Generale e Geriatrica
 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 (quando è evidente l'evento indice).....
INDICAZIONI SUL CARICO se paziente 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:.....
.....
TERAPIE PARTICOLARI: nessuna Dialisi (specificare).....
 Ossigenoterapia Ventilazione Polmonare Radioterapia Altro.....
 Nutrizione Enterale Nutrizione Parenterale Chemioterapia

VALUTAZIONE RIABILITATIVA

FISIOTERAPIA IN CORSO: SI NO
Le attuali condizioni cliniche permettono un programma riabilitativo sia ATTIVO che PASSIVO? SI NO
 più di 60 minuti/die meno di 60 minuti ma più di 40 minuti/die meno di 40 minuti/die
HA FATTO NELL'ANNO ALTRI RICOVERI RIABILITATIVI? SI NO

ATTUALI CAPACITA' FUNZIONALI DEL PAZIENTE:

ALIMENTAZIONE: Autonomo Ha bisogno di aiuto Deve essere imboccato

IGIENE PERSONALE: Autonomo Ha bisogno di aiuto Totalmente dipendente

TRASFERIMENTI
LETTO CARROZZINA: Autonomo Aiuto di una persona Dipendente/sollevatore

DEAMBULAZIONE: Autonomo Aiuto di una persona Non cammina/non valutabile

CONTINENZA URINARIA Totale Parziale No Catetere a permanenza

CONTINENZA FECALE Totale Parziale No 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 soltanto alle domande semplici, scarsamente adeguato all'interlocutore, ha difficoltà a collaborare

La comunicazione è molto compromessa o assente, non adeguato all'interlocutore, non collabora alla visita

STATO PSICOEMOTIVO

Ansia Depressione Apatia Deliri Allucinazioni

Agitazione psicomotoria: NO SI Solo notturna

Patologie psichiatriche maggiori: NO SI quali:.....

Progressi tentati suicidi: NO SI

ANAMNESI SOCIALE

vive solo/a con il coniuge con figlio/a altri.....

AL PAZIENTE VENIVA FORNITA ASSISTENZA PRIMA DEL RICOVERO ?

NO SI parente operatore ADI

PERSONE DI RIFERIMENTO:

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

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

Assistente sociale:..... Tel:.....

TIMBRO e FIRMA del MEDICO che propone il ricovero:.....

MMG Medico Osp. Medico Specialista ambul. Medico RSA Tel:.....

N:B: L'INCOMPLETA COMPILAZIONE DELLA PRESENTE SCHEDA COMPORTA IL RIFIUTO DELLA RICHIESTA DI RICOVERO

AVVERTENZA – "Le informazioni contenute nel presente documento sono segrete, riservate e destinate esclusivamente alla persona o Ente sopra indicato. A chi legge il presente avviso – se non è l'effettivo destinatario, o un dipendente o la persona responsabile della consegna della comunicazione – si notifica che è strettamente proibito qualsiasi uso, copia, distribuzione o divulgazione di quanto in essa contenuto (art. 616 c.p.). Se questa comunicazione Vi è pervenuta per errore, Vi preghiamo di informarci immediatamente, telefonando al numero sopra indicato. Il contenuto di quanto trasmesso non va letto, ma rispedito per posta o distrutto".

All'ingresso in U.O. di Riabilitazione il paziente deve essere in possesso di:

- Lettera di dimissione ospedaliera, ultimi esami ematici e strumentali eseguiti, ultime Rx utili
- Carta di identità, codice fiscale, libretto sanitario, documentazione di invalidità civile, modulo esenzione (se in possesso)

RISERVATO ALLA STRUTTURA ACCETTANTE

Da quanto risulta dalla documentazione sanitaria fornita dall'ospedale o dal medico curante si ritiene il ricovero del paziente:

Non indicato Indicato Riabilitazione Specialistica Riabilitazione Generale e Geriatrica

Accettato con priorità Alta Bassa Scheda riab ricevuta il..... Richiamati il..... Ingresso previsto per il

Nulla osta del Primario..... Carico assistenziale atteso: Elevato Moderato