

RICHESTA DI RICOVERO/TRASFERIMENTO

Data \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Residenza: via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Tel. paziente \_\_\_\_\_ Tel. caregiver \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_/\_\_/\_\_ Stato civile \_\_\_\_\_ Cod Fisc \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Medico di Famiglia \_\_\_\_\_ (tel. \_\_\_\_\_)

Provenienza:  domicilio  
 ospedale/struttura \_\_\_\_\_

Patologie in atto: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Patologie anamnestiche \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Stato mentale  lucido ed orientato  deficit cognitivo lieve-moderato (MMSE  $\geq$  14)  
 deficit cognitivo severo (MMSE < 14)  obnubilato/coma

Alterazioni comportamentali [ ] assenti [ ] lievi [ ] moderate [ ] severe  
(\_\_\_\_\_)

Cammino: [ ] autonomo [ ] possibile con ausili (\_\_\_\_\_)  
[ ] cammino con aiuto umano [ ] letto/poltrona

Carico [ ] autorizzato [ ] non autorizzato per altri \_\_\_\_ giorni

Alimentazione [ ] autonomo [ ] minimo aiuto/supervisione [ ] imboccato [ ] SNG/PEG

Igiene personale [ ] autonomo [ ] minimo aiuto/supervisione [ ] dipendente

Continenza [ ] continente [ ] incontinenza occasionale [ ] incontinenza abituale

Catetere vescicale [ ] no [ ] si (posizionato il \_\_\_\_\_; ultimo cambio \_\_\_\_\_)

Decubiti [ ] no [ ] si (\_\_\_\_\_)

Altre necessità specifiche (es. ossigenoterapia, tracheoaspirazione, CVC, stomia, ecc.):  
[ ] no [ ] si (\_\_\_\_\_)

Terapia in atto ed eventuali prescrizioni dietetiche:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medico proponente (timbro e firma)  
\_\_\_\_\_

telefono reparto/struttura proponente  
\_\_\_\_\_