

PROPOSTA DI RICOVERO

U.C.P. / U.G.I.R.



ABITARE IL TEMPO

Cognome e nome _____ Età _____

luogo e data di nascita _____

indirizzo / residenza _____ Tel. familiare _____

DATI ANAMNESTICI

A.P.R.: _____

A.P.P.: _____

Data insorgenza patologia per cui si richiede il ricovero:

Paziente attualmente: ricoverato presso _____

a domicilio dal _____

Eventuali terapie in atto compresa la terapia riabilitativa (per i farmaci specificare tipo e posologia):

DIAGNOSI ATTUALE:

Allergie a farmaci (se sì, specificare) _____

Malattie infettive e contagiose in atto (se sì, specificare) _____

Positività esami colturali in atto: (se sì, specificare) _____

Positività infezione da acinetobacter baumannii: (se sì, specificare) _____

Dati clinici: STATO GENERALE _____ Alt/m. _____ Peso/Kg. _____

Piaghe da decubito (specificare sede ed estensione) _____

NUTRIZIONE: normale con SNG con PEG con cibi semiliquidi

(specificare tipo) _____

APPARATO CARDIO-VASCOLARE: _____

FC _____ PA _____

Vasi _____

APPARATO RESPIRATORIO:

RESPIRO Autonomo per vie naturali

Autonomo per tracheostomia

CT: (specificare tipo) _____

Assistito (specificare modalità) _____

APPARATO DIGERENTE:

Continenza fecale Sì NO

Ritenzione fecale Sì NO

Presenza PEG Sì NO

Presenza SNG Sì NO

APPARATO GENITO-URINARIO: Continente

Incontinente: pannoloni

catetere (specificare tipo) _____

urocondom

APPARATO SCHELETRICO: _____

SISTEMA NERVOSO E PSICHE: _____

Parola: SÌ NO _____

Mobilizzazioni attive e passive: SÌ NO _____

Stazione eretta: SÌ NO _____

Posizionamento in carrozzina: SÌ NO _____

OCCHI E VISTA: _____

ALTRI ORGANI E APPARATI: _____

Data Domanda

Timbro e Firma del Medico

Indirizzo del Medico Referente e n° di tel.