



**RICHIESTA DI RICOVERO ETÀ EVOLUTIVA (inviare al fax 02.48.59.35.19)**

DAY HOSPITAL

RICOVERO ORDINARIO

Struttura di provenienza ..... Reparto .....

Data della richiesta ..... Tel. reparto .....

Cognome ..... Nome .....

Sesso  M  F ..... Data di nascita .....

Comune di residenza ..... Provincia .....

Via ..... N. ....

Recapito telefonico .....

Persone di riferimento 1 ..... Tel. ....  
(che si faranno carico del paziente)

2 ..... Tel. ....

UONPIA di riferimento .....

PLS .....

Diagnosi principale per cui si richiede il ricovero in Riabilitazione Specialistica .....

Patologie associate .....

Terapia farmacologica .....

Dimissione prevista per .....

Condizioni generali	<input type="checkbox"/> Buone	<input type="checkbox"/> Mediocri	<input type="checkbox"/> Scadute	
Condizioni internistiche	<input type="checkbox"/> Stabilizzate		<input type="checkbox"/> Non stabilizzate	
Problemi deambulazione	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> Assistita	<input type="checkbox"/> No	
Lesioni da decubito	<input type="checkbox"/> Sì, localizzazione .....			<input type="checkbox"/> No
Controllo urinario	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Catetere
Controllo fecale	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> No	
Si alimenta da solo	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> Con aiuto	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEG
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No		
Collaborazione	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> No	
Disturbo del linguaggio	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> No	
Epilessia	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> Farmaco resistente	<input type="checkbox"/> No	

Note Servizio Accettazione Ricoveri

Timbro e firma del Medico