

RICHIESTA DI RICOVERO (inviare al fax 02.48.59.35.19)

DAY HOSPITAL RICOVERO ORDINARIO Data della richiesta ____/____/____

Struttura di provenienza _____ Reparto _____ Tel. Reparto _____

Cognome _____ Nome _____

Sesso M F Data di nascita ____/____/____

Comune di residenza _____ Via _____ Nr. _____

Recapito telefonico del paziente _____

Persone di riferimento 1 _____ Tel _____

(che si faranno carico del paziente)

2 _____ Tel _____

Data evento morboso/acuto ____/____/____

Diagnosi principale per cui si richiede il ricovero in Riabilitazione ad Alta Complessità _____

Danno funzionale _____ Obiettivi riabilitativi _____

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
Malattie Infettive	<input type="checkbox"/> Sì _____		<input type="checkbox"/> No
Problemi deambulazione	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> Parziali	<input type="checkbox"/> No
Allettato	<input type="checkbox"/> Sì		<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 Eseguita in data ____/____/____		<input type="checkbox"/> No
Ventilazione Meccanica	<input type="checkbox"/> Sì		<input type="checkbox"/> No
Lucidità	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> No
Collaborazione	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> No
Rischio Cardiovascolare Residuo	<input type="checkbox"/> Assente	<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Elevato
SNG	<input type="checkbox"/> Sì		<input type="checkbox"/> No
Paz. Ortopedico: carico	<input type="checkbox"/> Sì % di carico del _____		<input type="checkbox"/> No
Punteggio	<input type="checkbox"/> GCS _____		<input type="checkbox"/> ASIA _____

Note Servizio Accettazione Ricoveri

Timbro e firma del Medico di reparto
