

Struttura:
UOSD CORI

Tipo documento:
MODELLO

Livello:
U.O.

Revisione n:
02

Data:
21-10-2013

Sigla:
MOD1A_PO01_CORI_Rev_02

Pagina:
1 di 1

RICHIESTA RICOVERO PER: **DEGENZA ORDINARIA** – **DAY HOSPITAL RIABILITATIVO**
Fax: 0758298739

COGNOME _____ NOME _____ ETA' _____ SESSO M F

Residenza in Via _____ Comune _____ Provincia _____

Supporto Familiare SI NO Peso _____ Altezza _____ Stato Civile _____

Attività Lavorativa _____ Telefono _____

Diagnosi Principale _____ Data Evento Acuto _____

Diagnosi Secondarie _____

Reparto _____ Città _____ Data Prevista Dimissione _____

<p align="center">QUADRO NEUROLOGICO</p> <p><input type="checkbox"/> COMA Agitazione</p> <p>Livello di <input type="checkbox"/> STATO VEGETATIVO Psicomotoria</p> <p>Coscienza <input type="checkbox"/> STATO SOPOROSO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> VIGILE</p> <p>Deficit <input type="checkbox"/> afasia <input type="checkbox"/> neglect <input type="checkbox"/> demenza <input type="checkbox"/></p> <p>Cognitivo</p> <p>Patten <input type="checkbox"/> Emiparesi/plegia <input type="checkbox"/> s.extrapiramidale</p> <p>Motorio <input type="checkbox"/> Paraparesi/plegia <input type="checkbox"/> s.cerebellare</p> <p><input type="checkbox"/> Tetraparesi/plegia <input type="checkbox"/> s.n. periferico</p>	<p align="center">QUADRO ORTOPEDICO</p> <p><input type="checkbox"/> FRATTURA</p> <p><input type="checkbox"/> ARTROPROTESI GINOCCHIO</p> <p><input type="checkbox"/> ARTROPROTESI ANCA</p> <p><input type="checkbox"/> altro</p> <p>Trattamento.....</p> <p>Carico <input type="checkbox"/> non concesso <input type="checkbox"/> parziale</p> <p><input type="checkbox"/> sfiorante <input type="checkbox"/> totale</p> <p>Data inizio carico.....</p>	<p align="center">AMPUTAZIONE</p> <p align="center">Livello</p> <p>_____</p> <p align="center">Stato della</p> <p align="center">Ferita Chirurgica</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Motilità Globale: stazione seduta SI NO stazione eretta SI NO deambula con aiuto SI NO

<p align="center">COMPLICANZE</p> <p><input type="checkbox"/> TVP <input type="checkbox"/> CRISI IPERTENSIVA <input type="checkbox"/> CRISI NEUROVEG</p> <p><input type="checkbox"/> FEBBRE <input type="checkbox"/> ANEMIA <input type="checkbox"/> CRISI</p> <p>EPILETTICHE</p> <p><input type="checkbox"/> CARDIACHE <input type="checkbox"/> URINARIE <input type="checkbox"/> DECUBITI</p> <p><input type="checkbox"/> RESPIRATORIE <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> Altro</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> catetere vescicale <input type="checkbox"/> derivazione liquorale</p> <p>SUPPORTI INVASIVI <input type="checkbox"/> tracheostomia <input type="checkbox"/> altre</p>	<p>NUTRIZIONE Disfagia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> ipoglucidica <input type="checkbox"/> ipolipidica</p> <p>Dieta <input type="checkbox"/> ipocalorica <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PER OS Consistenza vitto <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Semisolido</p> <p>Assunzione Liquidi <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Addensati</p> <p><input type="checkbox"/> SNG Alimento _____</p> <p><input type="checkbox"/> PEG modalità somm. <input type="checkbox"/> Boli <input type="checkbox"/> Pompa</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

NOTE _____

presenza di batteri multiresistenti (es. Klebsiella, Pn; Acinetobacter) nei liquidi biologici (se si specificare): _____

Medico proponente
(timbro, firma, qualifica)

Numero di telefono e fax
per invio risposta

Data richiesta _____