

Tel. 0521-820261 – Via IV Novembre, 21 – 43012 Fontanellato (PR)

## SCHEDA INFORMATIVA PER L'ACCESSO

si prega di inviare la scheda **compilata in tutte le sue parti insieme ad una breve relazione clinica**  
al n. di fax + 39.0521.820200 oppure e-mail: **segreteria.cardinalferrari@kosgroup.com**

Ospedale e Reparto richiedente se paziente ricoverato oppure indicare dove si trova attualmente il paziente: \_\_\_\_\_

Telefono del Reparto richiedente \_\_\_\_\_ Medico richiedente \_\_\_\_\_

**Cognome e nome del paziente** \_\_\_\_\_  **Sesso:** \_\_\_\_\_ **anni** \_\_\_\_\_ **data di nascita:** \_\_\_\_\_

**Residente nel Comune di** \_\_\_\_\_ **Provincia di** \_\_\_\_\_

**Familiare di riferimento:** \_\_\_\_\_ **telefono** \_\_\_\_\_

eziologia della cerebrolesione \_\_\_\_\_  
data insorgenza \_\_\_\_\_. Se coma: GCS all'ingresso \_\_\_\_\_ durata del coma (periodo  
GCS<8) \_\_\_\_\_ durata della non responsività (periodo di non esecuzione di ordini  
semplici) \_\_\_\_\_ GCS attuale \_\_\_\_\_.  
1° ricovero c/o Ospedale \_\_\_\_\_ rep. o/i \_\_\_\_\_

eventuali ricoveri successivi:

c/o Ospedale \_\_\_\_\_ rep. o/i \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
c/o Ospedale \_\_\_\_\_ rep. o/i \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Funzioni vitali** autonome dal \_\_\_\_\_

| ADL:               | Autonomo                    | Con aiuto                      | Non autonomo                | LIVELLO DI COSCIENZA:          | STATO COGNITIVO:                                                    |
|--------------------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| alimentazione      | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>    | Vigile e responsivo            | <input type="checkbox"/> disorientamento <input type="checkbox"/>   |
| lavarsi/vestirsi   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>    | Vigile, minimamente responsivo | <input type="checkbox"/> deterioramento <input type="checkbox"/>    |
| passaggi posturali | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>    | soporoso                       | <input type="checkbox"/> afasia <input type="checkbox"/>            |
| deambulazione      | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>    | Stato vegetativo               | <input type="checkbox"/> amnesia <input type="checkbox"/>           |
| continenza         | Si <input type="checkbox"/> | Parz. <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Coma                           | <input type="checkbox"/> sindrome frontale <input type="checkbox"/> |

**Sintomi neuromotori principali:** emiparesi/plegia ☐ tetraparesi/plegia ☐ disfasia ☐  
lesioni dei nervi cranici ☐ lesioni radicolari ☐ mieliche ☐ Livello \_\_\_\_\_

|                          | SI                       | NO                       |                          | SI                       | NO                       |                          | SI                       | NO                       |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ventilazione meccanica   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | derivazione ventricolare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | catetere venoso centrale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ventilazione assistita   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | piaghe da decubito (§)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sondino NG               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Intubazione orotracheale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | opercolo cranico rimosso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | PEG                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| cannula tracheotomia     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | fissatori esterni (§)    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | catetere vescicale       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### (§) Altre patologie in atto:

|                    | SI                       | NO                       |                 | SI                       | NO                       |            | SI                       | NO                       |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|------------|--------------------------|--------------------------|
| polmonare          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | renale          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epatica    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| cardiocircolatoria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | disendocrina    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ematologia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| oftalmica          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ORL             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infezioni  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| epilessia          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | osteoarticolari | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Altre      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(§) Specificare: \_\_\_\_\_

**Patologie premorbose di rilievo:** internistiche ☐ SI ☐ NO neurologiche ☐ SI ☐ NO  
psichiatriche ☐ SI ☐ NO etilismo ☐ SI ☐ NO abuso di sostanze ☐ SI ☐ NO

traumi cranici ☐ SI ☐ NO Specificare: \_\_\_\_\_

**Terapie in atto:** \_\_\_\_\_

**Firma e timbro del Medico**