



Centro Residenziale Santo Stefano

Foligno

Via dell'Ospedale, 6 06034 Foligno PG
Tel. +39 0742 453200 | foligno@kosgroup.com

Sintesi della condizione clinica attuale

Ricovero SUAP

Cognome e Nome _____ Data di nascita _____ Peso _____ Altezza _____

Indirizzo di residenza _____ Telefono _____

Persona di riferimento _____ Recapiti _____

Il paziente si trova attualmente:

☐ Domicilio _____

☐ Reparto ospedaliero _____ (recapiti) _____

☐ Struttura riabilitativa _____ (recapiti) _____

☐ Struttura residenziale _____ (recapiti) _____

Diagnosi attuale _____

Data di insorgenza della patologia per cui si richiede il ricovero _____

Anamnesi patologica significativa _____

Prospettive di rientro a domicilio: ☐ certo ☐ probabile ☐ improbabile ☐ escluso

Dati clinici:

☐ Il paziente attualmente è: ☐ cosciente ☐ in stato di minima coscienza ☐ stato vegetativo
☐ collaborante ☐ non collaborante

☐ Disturbi del comportamento/agitazione: ☐ NO ☐ SI

☐ Malattie infettive e contagiose in atto: ☐ NO ☐ SI quali _____





- ☐ Colonizzazione da multi resistenti: ☐ NO ☐ SI
- ☐ Allergie a farmaci: ☐ NO ☐ SI (specificare) _____
- ☐ Altre terapie specifiche in atto: ☐ Dialisi _____
☐ Chemioterapia _____
☐ Radioterapia _____
☐ Altro _____
- ☐ Lesioni da decubito: ☐ SI (sede e stadio) _____
☐ NO _____
- ☐ Altre ulcere cutanee: ☐ NO ☐ SI _____
- ☐ Respiro: ☐ autonomo ☐ mediante tracheocannula
☐ meccanico _____
☐ O2 terapia (se si specificare) ☐ l/min _____
☐ ore/die _____
- ☐ Nutrizione: ☐ os (specificare tipologia vitto) _____
☐ SNG (specificare tipo e quantità) _____
☐ PEG (specificare tipo e quantità) _____
☐ Parenterale _____
- ☐ Apparato urinario: ☐ continente ☐ pannolone ☐ urocondom ☐ catetere vescicale
- ☐ Alvo: ☐ regolare ☐ diarrea
☐ stipsi (specificare trattamento abituale) _____
- ☐ Apparato cardio-vascolare:
P.A. _____ Frequenza _____ Ritmo _____
☐ compenso cardiocircolatorio ☐ scompenso (classe NYHA) _____
- ☐ Arteriopatie periferiche: ☐ NO ☐ SI
- ☐ Trombosi venose: ☐ NO
☐ Pregresse (specificare) _____
☐ In atto (specificare) _____

Ausili dotazione: ☐ carrozzina ☐ sistema di postura ☐ respiratore domiciliare _____
☐ comunicatore _____
☐ macchina della tosse _____
☐ ortesi/posizionamenti _____





Fisiochinesiterapia in atto: ☐ NO ☐ SI (specificare tipo di trattamento, durata e frequenza settimanale)

Terapia farmacologica in atto (specificare tipo e posologia) _____

Data

Timbro e firma del medico

Recapiti del medico

