

RICHIESTA TRASFERIMENTO IN UO di RIABILITAZIONE INTENSIVA OSPEDALIERA
VENERABILE MARCUCCI - ASCOLI PICENO
da inoltrare all'Ufficio Ricoveri del Venerabile Marcucci di Ascoli Piceno (AP) tel 0736681815-805-801
mail: venerabilemarcucci@kosgroup.com

Sezione da compilare a cura dell'Unità Operativa richiedente

U.O. RICHIEDENTE: _____ **DATA** __/__/_____
Contatti U.O: richiedente _____ La dimissione è prevista per il giorno: __/__/_____

DATI SDO

Diagnosi principale:-----	CODICE ICD9-CM-----
Diagnosi secondaria:-----	CODICE ICD9-CM-----
Procedura principale:-----	CODICE ICD9-CM-----

DATI DEL PAZIENTE

COGNOME _____ NOME _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov. _____

Domicilio _____ Prov. _____ Via _____

Condizione abitativa: Vive solo ☐ Con familiari autonomi ☐ Con familiari non autonomi

Familiare/Caregiver di riferimento:

Cognome _____ Nome _____

Recapito telefonico _____

PATOLOGIA OGGETTO DEL RICOVERO:

Data esordio problema clinico (data ricovero): __/__/____ Intervento Chirurgico: Si ☐ No ☐ Tipo intervento chirurgico: _____

Data intervento chirurgico: __/__/____ Divieto carico: Si: ☐ No: ☐ Eventuale carico differito a: _____ gg _____

ULCERE TROFICHE/DA PRESSIONE: SEDE _____ STADIO I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐

ULCERE TROFICHE/DA PRESSIONE: SEDE _____ STADIO I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐

ULCERE TROFICHE/DA PRESSIONE: SEDE _____ STADIO I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐

ALLERGIE SI ☐ NO ☐ QUALI _____

BRONCOASPIRAZIONE? SI ☐ NO ☐

DIALISI? SI ☐ NO ☐

MISURE DA CONTATTO? SI ☐ NO ☐

MISURE DI ISOLAMENTO? SI NO

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO

terapia	dosaggio	Via di somministrazione	Terapia	dosaggio	Via di somministrazione

RICHIESTA TRASFERIMENTO IN UO di RIABILITAZIONE INTENSIVA OSPEDALIERA
VENERABILE MARCUCCI - ASCOLI PICENO

Sezione da compilare a cura dello Specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa

Richiesta ricovero ospedaliero in

COD 56 ()

DIAGNOSI FUNZIONALE PREVALENTE:-----

SCALE DI VALUTAZIONE

AUTONOMIA PREMORBOSA (indicare il livello di autonomia precedente il ricovero) Punteggio
Scala di Rankin:____
AUTONOMIA ATTUALE Punteggio Scala di Rankin:____
RCS: punteggio complessivo |__|__|__|
Note:

CONDIZIONE CLINICO FUNZIONALE ATTUALE

COLLABORAZIONE ☐ TOTALE ☐ PARZIALE ☐ ALTERNANTE ☐ ASSENTE

COMPrensione ☐ TOTALE ☐ PARZIALE ☐ ALTERNANTE ☐ ASSENTE

AGITAZIONE PSICOMOTORIA ☐ SI ☐ NO

PAZIENTE POST COMATOSO ☐ SI GCS (punteggio)_____ ☐ NO

PAZIENTE POST MIELOLESIONE ☐ SI ASIA score (classe)_____ ☐ NO

ALIMENTAZIONE: ☐AUTONOMO ☐NON AUTONOMO (da imboccare) ☐DIETA LIBERA ☐
DIETA MODIFICATA

CONTINENZA SFINTERICA: ☐ SI ☐ PANNOLONE ☐ CATETERE VESCICALE

VENTILAZIONE: ☐AUTONOMA ☐ASSISTITA _____

PRESIDI: ☐ CVC ☐ tracheostomia ☐ urostomia ☐ enterostomia ☐ drenaggio chirurgico ☐ O2 terapia
lt/min_____ ☐SNG ☐NPT ☐PEG ☐altro _____

CONTROLLO TRONCO ☐ TOTALE ☐ PARZIALE ☐ ASSENTE

STAZIONE ERETTA []SI []SI, CON AUSILI []NO

DEAMBULAZIONE: ☐ AUTONOMO ☐ RICHIEDE AUSILIO/SUPERVISIONE ☐ NON
DEAMBULANTE

DATA VALUTAZIONE FISIATRICA

FIRMA MEDICO FISIATRA