

PROPOSTA DI RICOVERO PRESSO L'ISTITUTO DI RIABILITAZIONE S. STEFANO PORTO POTENZA PICENA

da inoltrare all 'URP di Porto Potenza Picena(MC) - Tel. 0733689240; fax 0733689296;
mail: urp.santostefano@kosgroup.com

U.O. RICHIEDENTE: _____

DATA __/__/__

Contatti U.O: richiedente _____

La dimissione è prevista per il giorno: __/__/__

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 ☐

ALLERGIE SI ☐ NO ☐ QUALI _____

BRONCOASPIRAZIONE? SI ☐ NO ☐

DIALISI? SI ☐ NO ☐

MISURE DA CONTATTO? SI ☐ NO ☐

MISURE DI ISOLAMENTO? SI NO

DATI SDO

Diagnosi principale _____ Codice ICD-9-CM _____

Diagnosi secondaria _____ Codice ICD-9-CM _____

Procedura principale _____ Codice ICD-9-CM _____

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO

Terapia	dosaggio	Via di somministrazione	Terapia	dosaggio	Via di somministrazione

FIRMA RESPONSABILE U.O.

PROPOSTA DI RICOVERO PRESSO L'ISTITUTO DI RIABILITAZIONE S. STEFANO PORTO POTENZA PICENA

Richiesta **ricovero ospedaliero** in:

COD.75[] COD. 56 [] COD. 28 []

Richiesta **ricovero** in:

Riabilitazione extraospedaliera intensiva []

Riabilitazione extraospedaliera estensiva []

Riabilitazione extraospedaliera SUAP/UGIR []

Riabilitazione extraospedaliera URI-UGCA []

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 RICHIESTA

____/____/____

FIRMA MEDICO FISIATRA
