

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

SCHEDA INFORMATIVA PER L'ACCESSO

si prega di rinviare la presente scheda **compilata in tutte le sue parti** al n. di fax + 39.0521.820200
oppure e-mail: **segreteria@centrocardinalferrari.it**

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	disorientamento <input type="checkbox"/>
lavarsi/vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vigile, minimamente responsivo	deterioramento <input type="checkbox"/>
passaggi posturali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	soporoso	afasia <input type="checkbox"/>
deambulazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stato vegetativo	amnesia <input type="checkbox"/>
continenza	Si <input type="checkbox"/>	Parz. <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Coma	sindrome frontale <input type="checkbox"/>

Sintomi neuromotori principali: emiparesi/plegia tetraparesi/plegia disfagia
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