

MODULO RICHIESTA RICOVERO
SANTO STEFANO RIABILITAZIONE CENTRO DI CAGLI (PU)

(Ufficio Accettazione di Cagli (PU) - Tel. 0721 786712; fax 0721 780245; mail: accettazione.cagli@sstefano.it)

RIABILITAZIONE

LUNGODEGENZA

Per il sig./ra (cognome e nome) _____

Nato/a a _____ il _____ e residente a _____

In via _____ tel./cell _____

Domiciliato/a a _____

DATI ANAMNESTICI

Data insorgenza patologia per cui si richiede il ricovero _____

Paziente attualmente ricoverato presso: _____

a domicilio dal: _____

EVENTUALI TERAPIE IN ATTO COMPRESA LA TERAPIA RIABILITATIVA (per i farmaci specificare tipo e posologia)

DIAGNOSI ATTUALE

ALLERGIE A FARMACI (se si specificare): _____

MALATTIE INFETTIVE E CONTAGIOSE IN ATTO (se si specificare): _____

DATI CLINICI

STATO GENERALE _____ Alt. m. _____ Peso Kg. _____

Piaghe da decubito (specificare sede ed estensione)

NUTRIZIONE: Normale Con sondino naso-gastrico Con PEG Con cibi semiliquidi

APPARATO CARDIO-VASCOLARE

Polso _____ PA _____

Vasi _____

APPARATO RESPIRATORIO

RESPIRO: Autonomo per vie naturali Autonomo per tracheostomia
 Assistito (specificare modalità) _____

APPARATO DIGERENTE

Continenza fecale SI NO
Ritenzione fecale SI NO

APPARATO GENITO-URINARIO

Continente
 Incontinente: pannoloni catetere urocondom

APPARATO SCHELETRICO

SISTEMA NERVOSO E PSICHE

Sensorio _____
Parola _____
Deambulazione _____
Stazione eretta _____
Presenta o ha presentato disturbi psichiatrici o del comportamento? (se si specificare):

È pericoloso per sé o per gli altri? _____

OCCHI E VISTA

ORECCHIO E UDITO

ALTRI ORGANI E APPARATI

Può mangiare da solo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> con aiuto
Può vestirsi da solo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> con aiuto
È indipendente negli spostamenti?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> con aiuto
È indipendente nell'igiene personale?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> con aiuto

Data

Timbro e firma del Medico proponente

Indirizzo del Medico e n. telefono
