

CENTRO VENERABILE MARCUCCI
Via Dei Narcisi, 5 • 63100 Ascoli Piceno AP
Tel. 0736 6891 • Fax 0736 689410
info.venerabilemarcucci@sstefano.it
www.sstefano.it

**PROPOSTA DI RICOVERO
PRESSO L'ISTITUTO DI RIABILITAZIONE SANTO STEFANO**

(Da inoltrare ad Ascoli Piceno) - TEL. 0736 6891 FAX 0736 689410 MAIL info.venerabilemarcucci@sstefano.it

Cognome e nome _____ Età anni _____

Luogo e data di nascita _____

Indirizzo _____ Telefono _____

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 _____

ALLERGIA A FARMACI (se si specificare) _____

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

DATI CLINICI

STATO GENERALE _____ Altezza M. _____ Peso _____

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 _____

- Continente
 Incontinente Pannoloni
 Catetere
 Urocondom

APPARATO SCHELETRICO _____

SISTEMA NERVOSO E PSICHE _____

Sensorio _____

Parola _____

Deambulazione _____

Stazione eretta _____

Presenta o ha presentato disturbi psichiatrici e del comportamento? (se sì specificare) _____

È pericoloso per sé o per gli altri? _____

OCCHI E VISTA _____

ORECCHIO E UDITO _____

ALTRI ORGANI E APPARATI _____

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

Data

Timbro e firma del medico

Indirizzo del medico e numero di telefono