

Congruita' Si  No

Note eventuali: .....

Data ...../...../.....

Il Medico:

Spazio riservato all'amministrazione della Casa di Cura Privata Villa Margherita

Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_

Interlocutore \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

Data ricovero \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## Raggruppamento Neuroriabilitazione -Ortopedia – Lungodegenza Riabilitativa

### Proposta di ricovero

Egregio Collega , La preghiamo di riempire in ogni sua parte la presente scheda relativa alla conoscenza delle attuali condizioni cliniche del Paziente al fine di valutare adeguatamente la sussistenza dei requisiti ( Sec. Linee Guida Nazionali e Regionali della Riabilitazione Intensiva – Cod.56 – ed Estensiva – Cod. 60 - ) per un ricovero presso la nostra clinica .

N.B. La mancanza di adeguata compilazione in ogni sua parte di tale scheda comporterà la non presa in considerazione da parte del Raggruppamento Neuro-Orto e Lungodegenza.

Cognome e Nome ..... Et  ..... Sesso .....

Data di nascita ...../...../..... Indirizzo .....

C.A.P. Loc. .... Prov. .... Tel. ....

#### CENNI SULL'ANAMNESI E SULLE ATTUALI CONDIZIONI CLINICHE

1) Diagnosi di natura e sede della malattia, che giustifica il ricovero: .....

2) Provenienza del Paziente.....

3) Data di inizio della malattia, sopra indicata: .....

3) Condizioni generali:                   buone                     
  discrete                     
  scadenti                   

4) Stato della coscienza:                   vigile                     
  obnubilato                     
  confuso                   

5) Deficit del linguaggio:   no    si    afasia   
  disartria

6) Alimentazione:                   per os                   si                    no   
  SNG                   si                    no   
  parenterale                   si                    no   
  PEG                   si                    no

7) Tracheotomia in atto:                   si                    no

