

Congruita' Si No

Note eventuali:

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

Il Medico:

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

Data _____ Ora _____

Interlocutore _____

Note _____

Data ricovero _____ Firma _____

Raggruppamento Cardio-Pneumologico

VALUTAZIONE DEI CRITERI DI CONGRUITA' PER IL RICOVERO IN REGIME DI RIABILITAZIONE INTENSIVA RESPIRATORIA

(da compilarsi da parte del medico curante o dello specialista curante)

Primo ricovero in riabilitazione: Si No Data ultimo ricovero.....

Nome e cognome:

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

Tel:/..... Cellulare

Data e sede ultimo ricovero in ambiente ospedaliero

Motivo:

ANAMNESI ESSENZIALE ED ATTUALI CONDIZIONI CLINICHE

1-Patologia respiratoria da riabilitare:

- Broncopneumopatia cronica ostruttiva (Stadio GOLD.....)
- Bronchiectasie
- Enfisema polmonare
- Asma bronchiale
- Cuore polmonare cronico
- Insufficienza respiratoria cronica (Parziale Globale Latente)
- Disturbi respiratori del sonno
- Fibrosi polmonare
- Patologie neuromuscolari
- Esiti di embolia polmonare
- Pre e post trapianto polmonare
- Preparazione e post chirurgia toracica

2- Patologie concomitanti

- Cardiopatia ischemica cronica Ipertensione arteriosa
- Insufficienza renale (Dialisi Si No) Diabete mellito

- Ulcera peptica
- Obesità patologica
- Piaghe da decubito
- Altre:

- Emia iatale
- Malnutrizione

3 – Terapia in atto:

- Farmacologica:.....
- Farmaci inseriti in piano terapeutico (Si: No)
- Ossigenoterapia a lungo termine
- Ventilazione meccanica

4 – Condizioni generali attuali: Discrete Mediocri Scadenti

5 – Paziente autonomo: Si No

6 – Tracheostoma: Si No

7- Condizione neurocognitiva: Discreta Mediocre Scadente

Timbro e firma del medico proponente:

Recapito telefonico del medico proponente e del reparto di provenienza:

Struttura di provenienza del paziente:

Il presente questionario dovrà essere consegnato o inviato a:

Casa di Cura Villa Margherita
Contrada Piano Cappelle 82100 - Benevento - Tel. 0824/354111 - Fax. 0824/354627

Per ulteriori informazioni o chiarimenti rivolgersi ai Medici della divisione:

Responsabile: Dott. Claudio Di Gioia
 Aiuto Dirigente: Dott. Saverio Santopietro
 Medici: Dott.ssa Venere De Blasio; Dott. Carlo De Maria; Dott.ssa Francesca Pastore; Dott.ssa Caterina Iannella.

PARTE DA COMPILARE A CURA DI VILLA MARGHERITA

DATA DI CONSEGNA/...../.....

FIRMA: _____

