

*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: \_\_\_\_\_

