

***RICHIESTA DI RICOVERO IN RIABILITAZIONE ESTENSIVA
PRESSO L'ISTITUTO DI RIABILITAZIONE S. STEFANO***

Cognome e nome _____ età anni _____
Luogo e data di nascita _____
Indirizzo _____ Tel _____

DATI ANAMNESTICI

Deambulava prima dell'ultimo ricovero ospedaliero? SI Autonomamente/
con AUSILI
 NO Carrozzina, da quanto? _____

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 tracheotomia
 Assistito (specificare modalità)

APPARATO DIGERENTE: _____

- Continenza fecale SI NO
Ritenzione fecale SI NO

APPARATO GENITO-URINARIO: _____

- Continente
 Incontinente pannoloni
 catetere
 uro condom

APPARATO SCHELETRICO _____

SISTEMA NERVOSO E PSICHE _____

LIVELLO DI COLLABORAZIONE? COMPLETO PARZIALE ASSENTE

Sensorio _____

Parola _____

Deambulazione _____

Stazione eretta _____

-Presente o ha presentato disturbi psichiatrici del comportamento? (se si specificare) _____

.- E' pericoloso per sé o per gli altri? _____

OCCHI E VISTA _____

ORECCHIO E UDITO _____

ALTRI ORGANI E APPARATI _____

Può mangiare da solo? SI NO CON AIUTO

Può vestirsi da solo? SI NO CON AIUTO

E' indipendente negli spostamenti? SI NO CON AIUTO

E' indipendente nell'igiene personale? SI NO CON AIUTO

DURATA PRESUNTA RICOVERO _____

Data

Timbro o firma

Indirizzo del Medico e n di telefono