

## MODULO RICHIESTA RICOVERO

### ANAGRAFICA PAZIENTE

COGNOME ..... NOME ..... CF .....

SESSO  M  F DATA DI NASCITA..... LUOGO DI NASCITA .....

COMUNE DI RESIDENZA ..... PROVINCIA .....

VIA ..... N..... TEL .....

### ATTUALMENTE IL PAZIENTE SI TROVA

in U.O. Ospedaliera..... Reparto .....

in Rep Riabilitazione Specialistica  in reparto Riabilitazione Generale Geriatrica  al domicilio  in Rsa

### NOTIZIE CLINICHE

DIAGNOSI DELL'EVENTO INDICE per il quale si richiede il ricovero in riabilitazione .....

DATI INSORGENZA (quando è evidente l'evento indice) .....

INDICAZIONI SUL CARICO se il paziente proviene da U.O. Ortopedia .....

CONDIZIONI GENERALI:  buone  mediocri  scadute

LIVELLO DI STABILITA' delle condizioni cliniche  stabilizzate  non stabilizzate

PATOLOGIE ASSOCIATE:

LESIONI DA DECUBITO  NO  SI Stadio ..... Sede .....

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO

TERAPIE PARTICOLARI:  Nessuna  Dialisi (specificare).....  Ossigenoterapia  
Ventilazione Polmonare  Radioterapia  Nutrizione enterale  Nutrizione parenterale  Chemioterapia  
Altro.....

VACCINAZIONE ANTICOVID  SI  NO NUMERO DOSI E DATA SOMMINISTRAZIONE .....

Informativa e consenso ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196

"CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI"

Il titolare del trattamento dati è l'Istituto di Riabilitazione S. Stefano S.r.l. - U. O. Casa di Cura Villa San Giuseppe. Il responsabile del trattamento è il Responsabile della Privacy.

I dati sono utilizzati esclusivamente per la valutazione dell'appropriatezza della richiesta di ricovero e non vengono comunicati all'esterno. Il loro conferimento è necessario per effettuare la **valutazione**.

Il trattamento è effettuato da incaricati nel rispetto dei vincoli di riservatezza, del segreto professionale o di vincolo analogo previsto dal codice sulla privacy, sia con mezzi manuali che elettronici. L'interessato potrà in qualsiasi momento chiedere la visione, correzione e cancellazione dei propri dati ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003.

## MODULO RICHIESTA RICOVERO

### ATTUALI CAPACITA' FUNZIONALI DEL PAZIENTE

ALIMENTAZIONE	<input type="checkbox"/> Autonomo	<input type="checkbox"/> Ha bisogno di aiuto	<input type="checkbox"/> Deve essere imboccato	
IGIENE PERSONALE	<input type="checkbox"/> Autonomo	<input type="checkbox"/> Ha bisogno di aiuto	<input type="checkbox"/> Totalmente dipendente	
TRASFERIMENTI				
LETTO CARROZZINA	<input type="checkbox"/> Autonomo	<input type="checkbox"/> Ha bisogno di aiuto	<input type="checkbox"/> Dipendente/sollevatore	
DEAMBULAZIONE	<input type="checkbox"/> Autonomo	<input type="checkbox"/> Ha bisogno di aiuto	<input type="checkbox"/> Non cammina/non valutabile	
CONTINENZA URINARIA	<input type="checkbox"/> Totale	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Catetere a permanenza
CONTINENZA FECALE	<input type="checkbox"/> Totale	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Stomia

### STATO COGNITIVO, COLLABORAZIONE, COMUNICAZIONE:

ORIENTAMENTO E MEMORIA  Integri  Episodicamente alterati  Alterati

Può comunicare su tutti i problemi personali, adeguato all'interlocutore, collabora alle manovre della vista

Risponde soltanto alle domande semplici, scarsamente adeguato all'interlocutore, ha difficoltà a collaborare

La comunicazione è molto compromessa o assente, non adeguato all'interlocutore, non collabora alla visita

### STATO PSICO - EMOTIVO

<input type="checkbox"/> Ansia	<input type="checkbox"/> Depressione	<input type="checkbox"/> Apatia	<input type="checkbox"/> Deliri	<input type="checkbox"/> Allucinazioni
Agitazione psicomotoria	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> solo notturna	
Patologie psichiatriche maggiori	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	quali .....	
Pregressi tentati suicidi	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI		

### ANALISI SOCIALE

vive solo  con il coniuge  con figlio/a  altri .....

### AL PAZIENTE VENIVA FORNITA ASSISTENZA PRIMA DEL RICOVERO

NO  SI  parente  operatore  ADI

### PERSONE DI RIFERIMENTO

1..... grado di parentela .....tel .....

2..... grado di parentela .....tel .....

Assistente sociale ..... tel .....

DATA E TIMBRO DEL MEDICO PROPONENTE: .....

Informativa e consenso ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196

"CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI"

Il titolare del trattamento dati è l'Istituto di Riabilitazione S. Stefano S.r.l. - U. O. Casa di Cura Villa San Giuseppe. Il responsabile del trattamento è il Responsabile della Privacy.

I dati sono utilizzati esclusivamente per la valutazione dell'appropriatezza della richiesta di ricovero e non vengono comunicati all'esterno. Il loro conferimento è necessario per effettuare la **valutazione**.

Il trattamento è effettuato da incaricati nel rispetto dei vincoli di riservatezza, del segreto professionale o di vincolo analogo previsto dal codice sulla privacy, sia con mezzi manuali che elettronici. L'interessato potrà in qualsiasi momento chiedere la visione, correzione e cancellazione dei propri dati ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003.