

Sintesi della condizione clinica attuale

Cognome e Nome _____ Data di nascita _____ Peso _____ Altezza _____

Indirizzo di residenza _____ Telefono _____

Persona di riferimento _____ Recapiti _____

Il paziente si trova attualmente:

Domicilio

Reparto ospedaliero _____ (recapiti) _____

Struttura riabilitativa _____ (recapiti) _____

Struttura residenziale _____ (recapiti) _____

Diagnosi attuale _____

Data di insorgenza della patologia per cui si richiede il ricovero _____

Anamnesi patologica

significativa _____

Prospettive di rientro a domicilio: certo probabile improbabile escluso

Dati clinici:

- Il paziente attualmente è: cosciente stato di minima coscienza stato vegetativo
 collaborante non collaborante
- Disturbi del comportamento/agitazione: NO SI _____
- Malattie infettive e contagiose in atto: NO SI _____
- Colonizzazione da multi resistenti: NO SI _____
- Allergie a farmaci: NO SI (specificare) _____
- Terapia farmacologica in atto (specificare tipo e posologia): _____

- Altre terapie specifiche in atto: dialisi
 chemioterapia _____
 radioterapia _____
 altro _____

 - Lesioni da decubito: SI (sede e stadio) _____
 NO

 - Altre ulcere cutanee: NO SI _____
 - Respiro: autonomo mediante tracheocannula
 meccanico _____
 O2 terapia (se si specificare) l/min _____ ore/die _____
 - Nutrizione: os (specificare tipologia vitto) _____
 SNG (specificare tipo e quantità) _____
 PEG (specificare tipo e quantità) _____
 Parenterale
 - Apparato urinario: continente pannolone urocondom catetere vescicale
 - Alvo: regolare diarrea
 stipsi (specificare trattamento abituale) _____

 - Apparato cardio-vascolare:
P.A. _____ Frequenza _____ Ritmo _____
 compenso cardiocircolatorio scompenso (classe NYHA _____)
 - Arteriopatie periferiche: NO SI
 - Trombosi venose: NO
 Pregresse (specificare) _____
 In atto (specificare) _____
- Ausili dotazione: carrozzina sistema di postura respiratore domiciliare _____
 comunicatore _____ ortesi/posizionamenti _____
- Fisiochinesiterapia in atto: NO
 SI (specificare tipo di trattamento, durata e frequenza settimanale)

Data

Timbro e firma del medico

Recapiti del medico