

MODULO UNICO PER LA RICHIESTA DI TRASFERIMENTO IN RIABILITAZIONE (adulti)

N. nosologico Cartella _____

Data compilazione ____/____/____

UO richiedente _____ telefono: _____ fax : _____ email: _____

richiede la disponibilità di posto in:

- Riabilitazione intensiva post-acuzie
- Lungodegenza Medica-Riabilitativa
- Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite (UGCA)
- Unità Spinale
- Centro Spinale
- Unità per Gravi Patologie Cardiologiche
- Unità per Gravi Patologie Respiratorie
- Riabilitazione territoriale residenziale intensiva estensiva
- Riabilitazione territoriale semiresidenziale estensiva

Cognome _____ **Nome** _____

Luogo di nascita _____ data di nascita _____ sesso: F M

Domicilio _____ telefono _____

Care-giver di riferimento e recapito _____

PATOLOGIA OGGETTO DEL RICOVERO:

Data d'inizio della menomazione sopraindicata: ____/____/____

Intervento Chirurgico: Si No

Tipo intervento chirurgico: _____

Data intervento chirurgico: _____

Divieto carico: Si: No: Eventuale carico differito a: _____ gg _____

SCALE SEVERITA', COMORBIDITA' e DISABILITA'

CIRS : Indice di severità |__| Indice di comorbidity |__|

BARTHEL : punteggio complessivo |__|__|__|

Note: _____

Ulcere trofiche / da pressione (specificare sede e stadio)

Ferite Post Chirurgiche Coalescente Deiscente Altro Altre patologie (specificare).....

Terapia in atto:	dosaggio	ev	os	Terapia in atto:	dosaggio	ev	os
1				3			
2				4			

CONDIZIONI CLINICHE

Condizioni generali	<input type="checkbox"/> BUONE	<input type="checkbox"/> DISCRETE	<input type="checkbox"/> SCADENTI
Paziente stabile dal punto di vista internistico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Paziente post comatoso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	SE SI, GCS (punteggio) e durata coma >24 ore
Collaborazione	<input type="checkbox"/> TOTALE	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> ALTERNANTE <input type="checkbox"/> ASSENTE
Comprensione	<input type="checkbox"/> TOTALE	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> ALTERNANTE <input type="checkbox"/> ASSENTE
Motilità volontaria	<input type="checkbox"/> TOTALE	<input type="checkbox"/> PARZIALE	_____ <input type="checkbox"/> ASSENTE
Deambulazione	<input type="checkbox"/> AUTONOMO	<input type="checkbox"/> AUTONOMO CON AUSILIO	<input type="checkbox"/> NON AUTONOMO <input type="checkbox"/> IMPOSSIBILE
Controllo Tronco	<input type="checkbox"/> TOTALE	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> ASSENTE
Stazione eretta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI, CON AUSILI	<input type="checkbox"/> NO
Stazione seduta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Motilità articolazioni	<input type="checkbox"/> TOTALE	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> ASSENTE
Capacità di alimentarsi	<input type="checkbox"/> AUTONOMO		DISFAGIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> NON AUTONOMO	<input type="checkbox"/> IMBOCCATO	<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PARENTERALE
Igiene personale	<input type="checkbox"/> AUTONOMO	<input type="checkbox"/> CON AIUTO	<input type="checkbox"/> DIPENDENTE
Controllo dell'alvo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> NO
Controllo minzione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> NO
Catetere vescicale a permanenza	<input type="checkbox"/> SI (data inserimento o dell'ultimo cambio.....) <input type="checkbox"/> NO		
Presenza cannula tracheale	<input type="checkbox"/> SI (specificare tipo e data di inserimento.....) <input type="checkbox"/> NO		
Ventilazione meccanica	<input type="checkbox"/> SI (specificare tipo e modalità.....) <input type="checkbox"/> NO		
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> SI (specificare modalità.....) <input type="checkbox"/> NO		
Portatore di CVC	<input type="checkbox"/> SI (specificare il tipo e la sede.....) <input type="checkbox"/> NO		
Portatore di CV Periferico	<input type="checkbox"/> SI (sede e data di inserimento.....) <input type="checkbox"/> NO		
Presenza di stomie	<input type="checkbox"/> SI (specificare tipo e sede.....) <input type="checkbox"/> NO		
Fissatore esterno	<input type="checkbox"/> SI (specificare tipo e sede.....) <input type="checkbox"/> NO		
Apparecchio gessato	<input type="checkbox"/> SI (specificare tipo e sede.....) <input type="checkbox"/> NO		
Infezioni in atto/microrganismi alert*	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE SOLO PER RICHIESTA TRASFERIMENTO UGCA

Il paziente è in postura di decorticazione o decerebrazione?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Il paziente presenta agitazione psico-motoria ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Il paziente esegue ordini semplici ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE SOLO PER RICHIESTA TRASFERIMENTO US/CENTRO SPINALE

Il paziente è paraplegico tetraplegico

Livello di lesione documentato all'RX

RICHIESTA DI TRASFERIMENTO

La richiesta è stata INVIATA IN DATA _____ ALL'ISTITUTO..... ACCETTATA NON ACCETTATA

La richiesta è stata INVIATA IN DATA _____ ALL'ISTITUTO..... ACCETTATA NON ACCETTATA

Data trasferimento _____

Timbro e firma del medico del reparto

.....

Timbro e firma del medico specialista in riabilitazione

.....

*La struttura per acuti ha l'obbligo di valutare ed indicare la presenza di colonizzazioni che richiedono misure di isolamento, per consentire alla struttura riabilitativa di predisporre posti letto idonei (isolamento in coorte)

Casa di Cura privata "Santa Rita da Cascia" S.r.l. con unico socio - Medicina Futura Group

Via degli Scipioni 130 - 00192 ROMA

Direzione tel. 06 3211315 - Centralino automatico tel. 06 36080801 fax 06 3212901

www.casadicurasantarita.com - E-mail: info@casadicurasantarita.com