

PROPOSTA DI RICOVERO

Gentile Collega,
la completa compilazione di questa scheda clinico-informativa è indispensabile per prendere in esame la proposta di ricovero del/della Suo/Sua Paziente evitando richieste di ulteriori chiarimenti e, quindi, tempi di attesa più lunghi per l'eventuale ricovero.

Paziente (cognome e nome): Sesso
nato/a (Provincia:) il
residente in: C.A.P. (Provincia:)
tel.: A.S.L. di competenza:
proveniente da: Domicilio Ospedale o Clinica:

Diagnosi:
.....
.....
.....

CENNI SULL'ANAMNESI E SULLE ATTUALI CONDIZIONI CLINICHE

1) Natura e sede della malattia che giustifica il ricovero:

.....
.....
.....
.....

2) Data di inizio della malattia sopraindicata:

.....
.....

3) Condizioni generali:

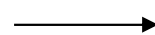
- buone
 discrete
 scadenti

Altezza: m.

Peso: kg.

4) Demenza:

si



comportamento:

- controllato
- aggressivo
- autolesionismo
- volontà di fuga
- anoressia
- _____

no

5) Stato della coscienza:

- vigile
 obnubilato
 confuso

6) Deficit neuropsicologici e del linguaggio: si no

- afasia

- disartria

- aprassia

7) Alimentazione:

- per os si no

- enterale si no

- parenterale si no

8) Tracheostomia in atto: si no

9) Concomitanti condizioni morbose: (comprese eventuali malattie contagiose o condizione di portatore sano)

.....

10) Condizioni motorie:

Mobilità volontaria: {

- arto superiore destro:	<input type="checkbox"/> conservata	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> assente
- arto inferiore destro:	<input type="checkbox"/> conservata	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> assente
- arto superiore sinistro:	<input type="checkbox"/> conservata	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> assente
- arto inferiore sinistro:	<input type="checkbox"/> conservata	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> assente

11) Limitazioni articolari: si no

articolarzioni: no

- _____

- _____

12) Mantenimento della stazione eretta: si no

13) Deambulazione: si no

- con appoggio si no

- con carrozzina si no

14) Cura della persona: si no

- mangiare si no

- lavarsi si no

15) Controllo degli sfinteri: si no

- controllo vescicale si no

- controllo alvo si no

16) Lesioni da decubito: si no

- Numero delle lesioni:

- Localizzazione:

.....

- Grado:

17) Terapia in corso:

.....

.....

.....

18) PROGNOSI:

.....

.....

.....

19) Obiettivo riabilitativo e/o valutazione fisiatrica:

.....

.....

.....

20) Intolleranze e allergie: no

SI:

21) Stabilità clinica: si NO

Data _____

Il Medico (timbro, firma, eventuale qualifica) _____

Recapiti telefonici: _____ Orari: _____

Nel caso in cui, nel tempo intercorrente tra l'accettazione del ricovero e l'ammissione presso il ns. Istituto, le condizioni cliniche del/della Suo/Sua Paziente cambiassero **in modo significativo** rispetto a quelle sopra riportate La preghiamo cortesemente di comunicarci la nuova realtà clinica (telefonicamente, ½ fax o mail).

Infatti, qualora tali condizioni non corrispondessero più con quanto rilevato dai Medici del ns. Istituto all'atto del ricovero, il/la Paziente sarà rinvio/a al proprio domicilio o al reparto della Struttura (pubblica o privata) di provenienza.

La ringraziamo per la collaborazione.

Questa scheda deve essere consegnata o inviata (per lettera, ½ fax o mail) a:

"Le Ville" - TEOREO s.r.l., C.da Polcari – 83030 Montefalcione (AV)
all'attenzione del Direttore Sanitario

(riservato all'Istituto "Le Ville")

SI ACCETTA

NON SI ACCETTA

Montefalcione, _____

Il Direttore Sanitario (Dott. F. Zuzolo) _____