



**MODULO PER LA RICHIESTA
DI RICOVERO**

Prot. N° _____

Il/la sottoscritt _____

nat_ a _____ (_____) il _____

domiciliat_ a _____ (_____) via _____ n. _____

tel. _____ attività lavorativa _____

stato civile _____ Medico di base _____

chiede il ricovero presso: **U.O. DI MEDICINA FISICA della RIABILITAZIONE**
 U.O. DI RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA

FIRMA RICHIEDENTE _____

CENNI SULL'ANAMNESI E SULLE ATTUALI CONDIZIONI CLINICHE

1) Diagnosi di natura e sede della malattia per cui si chiede il ricovero: _____

2) Condizioni generali: buone
 discrete
 scadenti

3) Stato della coscienza: vigile
 obnubilato
 confuso

4) Condizioni mentali: integre
 deteriorate

5) Collabora: SI
 NO

6) Deficit neuropsicologici e del linguaggio:
 NO SI afasia
 disartria
 aprassia

7) Alimentazione: per os SI NO enterale SI NO parenterale SI NO

8) Concomitanti condizioni morbose: _____

9) Condizioni motorie: _____

10) Intervento chirurgico: NO SI indicare quale _____

11) Motilità volontaria:

Arto super. Dx	<input type="checkbox"/> conservata	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> assente
Arto super. Sin.	<input type="checkbox"/> conservata	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> assente
Arto infer. Dx	<input type="checkbox"/> conservata	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> assente
Arto Infer. Sin.	<input type="checkbox"/> conservata	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> assente

12) Limitazioni articolari: _____

13) Eventuali controindicazioni al carico: _____

14) Mantiene la posizione eretta: SI NO

15) Mantiene la posizione seduta: SI NO

16) Deambula: NO SI _____

17) Continenza vescica: SI NO _____

17) Continenza alvo: SI NO _____

19) Altre osservazioni: _____

20) Trofismo cutaneo: (indicare se ci sono piaghe da decubito, in caso affermativo, sede estensione e tipo) _____

21) Precedenti condizioni morbose: _____

22) Terapia in atto: _____

23) Luogo in cui si trova attualmente il Paz.: _____

24) LA STRUTTURA PROPONENTE SI IMPEGNA A RICOVERARE NUOVAMENTE IL PAZ. QUALORA IL CICLO RIABILITATIVO NON SIA ULTERIORMENTE PROSEGUIBILE PRESSO IL PADIGLIONE "ARCA" A CAUSA CHE IMPEDISCANO IL NORMALE SVOLGIMENTO DELLO STESSO.

DATA _____

IL MEDICO CURANTE _____

(timbro, firma e qualifica)

PARTE RISERVATA ALLA FONDAZIONE S. RAFFAELE - CITTADELLA DELLA CARITÀ

Osservazioni e proposte: _____

Data _____ Il Responsabile _____ Il Direttore Sanitario _____

Parere: favorevole negativo a visita Motivazione dell'eventuale parere negativo: _____

Data _____ Il Responsabile _____ Il Direttore Sanitario _____