



RICHIESTA DI RICOVERO

I.O. N°2/PRO.05
MOD.01
Rev.01/2023

Pag. 1 di 1

RICHIESTA DA INVIARE A MEZZO FAX AL N° 02.48593519

RICOVERO ORDINARIO DAY HOSPITAL Data della richiesta ____/____/____

Struttura di provenienza _____ Reparto _____ Tel. Reparto _____

Cognome _____ Nome _____

Sesso M F Data di nascita ____/____/____

Comune di residenza _____ Via _____ Nr. _____

Recapito telefonico del paziente _____

Persone di riferimento 1 _____ Tel _____

(che si faranno carico del paziente)

2 _____ Tel _____

Data evento morboso/acuto ____/____/____

Diagnosi principale per cui si richiede il ricovero in Riabilitazione ad Alta Complessità _____

Danno funzionale _____ Obiettivi riabilitativi _____

Patologie associate _____

Terapia farmacologica _____

Dimissione prevista per ____/____/____

| | | | |
|---------------------------------|---|------------------------------------|---|
| Condizioni generali | <input type="checkbox"/> Buone | <input type="checkbox"/> Mediocri | <input type="checkbox"/> Scadute |
| Condizioni internistiche | <input type="checkbox"/> Stabilizzate | | <input type="checkbox"/> Non stabilizzate |
| Malattie Infettive | <input type="checkbox"/> Si _____ | | <input type="checkbox"/> No |
| Problemi deambulazione | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Parziali | <input type="checkbox"/> No |
| Allettato | <input type="checkbox"/> Si | | <input type="checkbox"/> No |
| Lesioni da decubito | <input type="checkbox"/> Si, localizzazione _____ | | <input type="checkbox"/> No |
| Controllo urinario | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Parziale | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Catetere |
| Controllo fecale | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Parziale | <input type="checkbox"/> No |
| Si alimenta da solo | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Con aiuto | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEG |
| Tracheostomia | <input type="checkbox"/> Si Eseguita in data ____/____/____ | | <input type="checkbox"/> No |
| Ventilazione Meccanica | <input type="checkbox"/> Si | | <input type="checkbox"/> No |
| Lucidità | <input type="checkbox"/> Si | | <input type="checkbox"/> Parziale <input type="checkbox"/> No |
| Collaborazione | <input type="checkbox"/> Si | | <input type="checkbox"/> Parziale <input type="checkbox"/> No |
| Rischio Cardiovascolare Residuo | <input type="checkbox"/> Assente | <input type="checkbox"/> Lieve | <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Elevato |
| Paz. Ortopedico: carico | <input type="checkbox"/> Si % di carico del _____ | | <input type="checkbox"/> No |
| Punteggio | <input type="checkbox"/> GCS _____ | | <input type="checkbox"/> ASIA _____ |

Timbro e firma del Medico Richiedente

Note per il Servizio Accettazione Ricoveri: _____