



DOMANDA DI RICOVERO (CdC Igea sede Dezza)

**PRO 50
MOD.01
Rev.0/2025**

Pag. 1 di 1

RICHIESTA DA INVIARE A MEZZO FAX AL N° 02.48593519 oppure E-mail: ricoveridezza@casadicuraigea.it

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/acute _____ / _____ / _____

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
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
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
Paz. Ortopedico: carico	<input type="checkbox"/> Si % di carico del		<input type="checkbox"/> Elevato
Punteggio	<input type="checkbox"/> GCS _____	<input type="checkbox"/> ASIA _____	

Timbro e firma del Medico Richiedente

Note per il Servizio Ricoveri: _____
