

	<b>DOMANDA DI RICOVERO IN DHEE</b> (CdC Igea sede Dezza)	<b>PRO 50</b> <b>MOD.02</b> <b>Rev.0/2025</b>
		Pag. 1 di 1

**RICHIESTA DA INVIARE A MEZZO FAX AL N° 02.48593519 oppure E-mail: [ricoveridezza@casadicuraigea.it](mailto:ricoveridezza@casadicuraigea.it)**

Data della richiesta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Sesso ☐ M ☐ F Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Nr. \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Persone Riferimento 1 \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

(che si faranno carico del paziente)

2 \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

UONPIA di riferimento \_\_\_\_\_

PLS \_\_\_\_\_

Diagnosi principale per cui si richiede il ricovero in Day Hospital EE \_\_\_\_\_

Patologie associate \_\_\_\_\_

Terapia farmacologica \_\_\_\_\_

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
Problemi deambulazione	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Parziali	<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
Collaborazione	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> No
Disturbo del linguaggio	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> No
Epilessia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Farmaco resistente	<input type="checkbox"/> No
Altro: _____			

Timbro e firma del Medico Richiedente

\_\_\_\_\_

Note per il Servizio Accettazione Ricoveri: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_