

Reparto di riabilitazione e recupero funzionale. Responsabile Dottor LUCIANO RASSAT

Proposta ricevuta il _____

Cognome Nome	Data nascita Luogo nascita
Indirizzo residenza	Comune residenza
Telefoni	Cell.
Situazione socio-familiare: vive solo/a? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Con familiari (specificare) _____	Dati pre-morbosi : era autonomo ? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
E' stato attivato un programma di assistenza sociale? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Prospettive di rientro a casa : <input type="checkbox"/> Certo <input type="checkbox"/> Probabile <input type="checkbox"/> Improbabile <input type="checkbox"/> Escluso

Provenienza: <input type="checkbox"/> Struttura (Nome) _____ <input type="checkbox"/> Domicilio	
Medico referente	Tel. medico
Fax medico	mail medico

Patologia per cui si richiede il ricovero (evento indice)	Data insorgenza
Diagnosi di invio	
Diagnosi Secondarie	
Antibiotici: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Altra Terapia farmacologica in atto (tipo e posologia):	

Comorbilità rilevata

Cardiaca	1	2	3	4	5	Sistema muscolo scheletrico, cute	1	2	3	4	5
Iperensione	1	2	3	4	5	Sistema nervoso centrale	1	2	3	4	5
Vascolare (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	1	2	3	4	5	Sistema nervoso periferico	1	2	3	4	5
Respiratorie	1	2	3	4	5	Demenza	1	2	3	4	5
ORL (occhio, orecchie, naso, gola)	1	2	3	4	5	Depressione	1	2	3	4	5
Apparato gastrointestinale	1	2	3	4	5	Agitazione psicomotoria	1	2	3	4	5
Reni	1	2	3	4	5	Infezioni	1	2	3	4	5
Altre patologie genito-urinarie(ureteri, vescica, uretra, genitali)	1	2	3	4	5	Sistema endocrino metabolico (incluso diabete)	1	2	3	4	5

Legenda:

1	Assente	Nessuna compromissione di organo/sistema
2	Lieve	La compromissione di organo/sistema non interferisce con la normale attività, il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente.
3	Moderato	La compromissione di organo/sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario, la prognosi è buona.
4	Grave	La compromissione di organo/sistema produce disabilità il trattamento è indispensabile, la prognosi può non essere buona (es. carcinomi, enfisema polmonare, scompenso cardiaco).
5	Molto grave	La compromissione di organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto miocardico, stroke, embolia).

Altri Dati Clinici significativi

Sistema nervoso e psiche		Collaborazione/motivazione	<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente
		Capacità comunicativa	<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente
Afasia	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Disturbi del comportamento/agitazione			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Aggressività	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Alterazioni del sonno/veglia			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
NIHSS:					
Nutrizione / deglutizione: <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Disfagia liquidi <input type="checkbox"/> Disfagia solidi					
Respirazione: <input type="checkbox"/> Autonoma <input type="checkbox"/> O2 terapia <input type="checkbox"/> Tracheocannula					
Controllo sfinterico:		vescicale	<input type="checkbox"/> Continente	<input type="checkbox"/> Incontinente	<input type="checkbox"/> Pannolone <input type="checkbox"/> Catetere
		intestinale	<input type="checkbox"/> Continente	<input type="checkbox"/> Incontinente	
Parametri fisiologici in dimissione: PAO_____ FC_____ R o AR_____ SO2_____ % T_____ °C					
Ematochimici: Hb_____ % GB_____ PLT_____ Creatinina_____ AST_____ ALT_____ GGT_____ Na_____ K_____ Ca_____					
Lesioni da decubito	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Sede e stadio:			
Malattie infettive contagiose in atto: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No					
Altri dati clinici significativi					

Dati Funzionali

Si alimenta da solo	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Con aiuto	Si veste da solo	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Con aiuto
È autonomo nei trasferimenti	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parzialmente	È autonomo nell'igiene	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parzialmente
Allettato	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Carrozzina	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Cammino - autonomo	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Cammino - con ausili	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Trattamento riabilitativo in atto:	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
In caso di frattura scheletrica carico concesso	<input type="checkbox"/> Parziale <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> No
In programma controllo clinico ortopedico/radiografico per	

data e timbro medico proponente

Proposta accolta	ricovero per riabilitazione: intensiva – Secondo livello -
	ricovero per riabilitazione: estensiva – Primo livello
Ricovero in solvenza	

Proposta NON accolta per	
Proposta da RIVALUTARE per	