

parenterale si no
PEG si no

7) Tracheotomia in atto: si no

8) Ventilazione Meccanica si no

9) O2 Terapia : no si Lt

10) Concomitanti condizioni morbose: (compresa l'eventuale presenza di malattie contagiose o la condizione di portatore sano)

11) Condizioni motorie: arto superiore destro conservata limitata assente
arto inferiore destro conservata limitata assente
Motilità volontaria: arto superiore sinistro conservata limitata assente
arto inferiore sinistro conservata limitata assente

12) Mantenimento della stazione eretta (CONCESSIONE DI CARICO) : si no

13) Deambulazione: si no

14) Autonomia : mangiare si no lavarsi si no abbigliamento si no

15) Controllo degli sfinteri: cont. vescicale si no
cont. alvo si no

16) Catetere Vescicale si no

17) Lesioni da decubito: si no localizzazione.....

18) Terapia Farmacologica eseguita:.....

18) Luogo in cui si trova attualmente il paziente:

20) Eventuale Valutazione Fisiatica (UVBR) :

Timbro e firma del Medico Responsabile:

Recapito telefonico del Medico:Data/...../.....

Il presente questionario dovrà essere consegnato o inviato a:

*Casa di Cura Privata Villa Margherita S.r.l.
Contrada Piano Cappelle 82100 - Benevento - Tel. 0824/354111 - Fax. 0824/354627*

*Per ulteriori informazioni o chiarimenti rivolgersi ai Medici del Raggruppamento di Riabilitazione
Neurologica ed Ortopedica e Lungodegenza Riabilitativa :
Medico Responsabile:.. Alessandro Ciarimboli
Medici: Alfredo Del Monaco – Caterina Iannella – Giuseppe Matarazzo
Stefania Puzzuoli Fantoni – Vincenzo Vozza – Walter Di Iorio*

PARTE DA COMPILARE A CURA DI VILLA MARGHERITA

DATA DI CONSEGNA/...../.....

FIRMA: _____

