

<p><i>Congruita'</i> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Note eventuali:</i></p> <p><i>Data</i>/...../.....</p> <p><i>Il Medico:</i></p>

Spazio riservato all'amministrazione della Casa di Cura Privata Villa Margherita	
Data _____	Ora _____
Interlocutore _____	
Note _____	
Data ricovero _____	Firma _____

Raggruppamento Neuroriabilitazione -Ortopedia – Lungodegenza Riabilitativa

Proposta di ricovero

Egregio Collega , La preghiamo di riempire in ogni sua parte la presente scheda relativa alla conoscenza delle attuali condizioni cliniche del Paziente al fine di valutare adeguatamente la sussistenza dei requisiti (Sec. Linee Guida Nazionali e Regionali della Riabilitazione Intensiva – Cod.56 – ed Estensiva – Cod. 60 -) per un ricovero presso la nostra clinica .

N.B. La mancanza di adeguata compilazione in ogni sua parte di tale scheda comporterà la non presa in considerazione da parte del Raggruppamento Neuro-Orto e Lungodegenza.

Cognome e Nome Et  Sesso

Data di nascita/...../..... Indirizzo

C.A.P. Loc. Prov. Tel.

CENNI SULL'ANAMNESI E SULLE ATTUALI CONDIZIONI CLINICHE

1) Diagnosi di natura e sede della malattia, che giustifica il ricovero:

2) Provenienza del Paziente.....

3) Data di inizio della malattia, sopra indicata:

3) Condizioni generali:

buone	<input type="checkbox"/>
discrete	<input type="checkbox"/>
scadenti	<input type="checkbox"/>

4) Stato della coscienza:

vigile	<input type="checkbox"/>
obnubilato	<input type="checkbox"/>
confuso	<input type="checkbox"/>

5) Deficit del linguaggio: no si afasia

disartria

6) Alimentazione:

per os	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
SNG	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
parenterale	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
PEG	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

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*

PARTE DA COMPILARE A CURA DI VILLA MARGHERITA

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

FIRMA: _____

