

Congruita' Si No

Note eventuali:

Data/...../.....

Il Medico:

Spazio riservato all'amministrazione della Casa di Cura Privata Villa Margherita

Data _____ Ora _____

Interlocutore _____

Note _____

Data ricovero _____ Firma _____

Raggruppamento Cardio-Pneumologico

VALUTAZIONE DEI CRITERI DI CONGRUITA' PER IL RICOVERO IN REGIME DI RIABILITAZIONE INTENSIVA DI PAZIENTI CON PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI (riferimento alle linee guida nazionali e regionali della Regione Campania sulla riabilitazione ospedaliera codice 56).

Cognome e Nome.....

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

Tel/..... Cell

ANAMNESI ESSENZIALE ED ATTUALI CONDIZIONI CLINICHE

1. Natura della patologia cardiovascolare principale:
 recente intervento cardiocirurgico
 si specificare il tipo dell'intervento.....
 effettuato in data:.....
 no specificare la patologia cardiovascolare di recente insorgenza o riacutizzata:.....
 Data d'insorgenza:

2. Patologia cardiovascolare secondaria e/o cronica:

a) Cardiopatia ischemica	<input type="checkbox"/> si	
b) Cardiopatia ipertensiva	<input type="checkbox"/> si	
c) Cardiopatia ipocinetica-dilatativa	<input type="checkbox"/> si	
d) Scompenso cardiaco cronico sistolico	<input type="checkbox"/> si	
e) Scompenso cardiaco cronico con FE preservata	<input type="checkbox"/> si	
f) Cuore polmonare cronico	<input type="checkbox"/> si	
g) Valvulopatia	<input type="checkbox"/> si	
Mitralica	<input type="checkbox"/> si	Aortica <input type="checkbox"/> si
Tricuspidale	<input type="checkbox"/> si	Polmonare <input type="checkbox"/> si

h) Pregresso intervento chirurgico per:
 si specificare il tipo di intervento:.....
 effettuato in data:

i) Angioplastica coronaria	<input type="checkbox"/> si	effettuata in data:.....
j) Impianto di pace-maker e/o ICD	<input type="checkbox"/> si	effettuata in data:.....
k) Cardiopatia congenita	<input type="checkbox"/> si	corretta chirurgicamente: <input type="checkbox"/> si in data:.....
l) Trapianto cardiaco	<input type="checkbox"/> si	effettuato in data:.....

3. Patologie concomitanti: si

B.P.C.O.	<input type="checkbox"/> si	ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> si	l/m:.....
Arteropatia obliterante arti inferiori	<input type="checkbox"/> si			
Insufficienza renale	<input type="checkbox"/> si	stadio.....	dialisi	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

Pregressa ulcera peptica si
 Epatopatia si compensata si no
 Neoplasie si specificare la natura della eoplasia:.....
 Diabete mellito si
 Cerebrovasculopatie si
 Demenza si
 Altro si specificare:.....

Condizioni generali attuali: Discrete ; Mediocri ; Scadenti ; Autonomo si no ; Parzialmente autonomo si no ;

Completamente dipendente si no ; Presenza di tracheotomia si no ; Supporto ventilatorio.....

Stato cognitivo: lucido si no ; collaborante si no ; deficit mnemonici si no ; agitazione si no ;

Disfagia si no ; Allettato si no da quanto tempo.....; necessita di sbarre per il letto si no

Carrozzina si motivo.....

Presenza di piaghe da decubito si specificare le sedi e il tipo di lesione.....

Luogo in cui si trova attualmente il paziente:.....

Tipo di disabilità indotta dalla patologia:.....

Obiettivo riabilitativo:.....

Terapia in atto.....

Necessita di accompagnatore si no

Timbro e firma del medico proponente

Recapito telefonico/...../..... 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 della divisione:

Responsabile: Dott. Claudio Di Gioia

Aiuto Dirigente: Dott. Giuseppe De Simone

Medici: Dott. Giovanni D'Addio; Dott. Saverio Santopietro

PARTE DA COMPILARE A CURA DI VILLA MARGHERITA

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

FIRMA: _____

