

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) Progresso intervento chirurgico per:
    - si  specificare il tipo di intervento:.....
    - effettuato in data: .....
  - i) Angioplastica coronaria  si                      effettuata in data:.....
  - j) Impianto di pace-maker e/o ICD  si                      effettuata in data:.....
  - k) Cardiopatia congenita  si                      corretta chirurgicamente:  si in data:.....
  - l) Trapianto cardiaco  si                      effettuato in data:.....

3. Patologie concomitanti:  si
- B.P.C.O.  si ossigenoterapia  si l/m:.....
- Artereopatia obliterante arti inferiori  si
- Insufficienza renale  si stadio..... dialisi  si  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  no  motivo.....

Presenza di piaghe da decubito  si  no  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. Gabriele Borzillo, Dott. Giovanni D'Addio; Dott. Antonio Di Sorbo

## PARTE DA COMPILARE A CURA DI VILLA MARGHERITA

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

FIRMA: \_\_\_\_\_

