

Proposta di ricovero in Riabilitazione Motoria e/ o Neuromotoria

Struttura _____		Unità' Operativa _____	
Cognome _____		Nome _____	Data di Nascita _____
Residente a _____		Via _____	
Diagnosi (ICD9) _____			
Data d'inizio della menomazione sopraindicata ____/____/____			
Intervento Chirurgico		NO	SI DATA: _____
Tipo di intervento chirurgico _____			
Divieto di carico:		NO	SI Carico differito a: _____ gg.
COMORBIDITA'			
Patologie cardiache (solo cuore)		NO	SI : specificare _____
Ipertensione		NO	SI : specificare _____
Patologie emato-vascolari (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)		NO	SI : specificare _____
Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)		NO	SI : specificare _____
Apparato Gastro-intestinale (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas, tenue, colon)		NO	SI : specificare _____
Patologie epatiche (solo fegato)		NO	SI : specificare _____
Patologie renali (solo reni)		NO	SI : specificare _____
Patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, ovaie, genitali)		NO	SI : specificare _____
Sistema muscolo-scheletro-cute		NO	SI : specificare _____
Patologie endocrino-metaboliche (muscolo, scheletro, tegumenti)		NO	SI : specificare _____
Patologie sistema nervoso (centrale, periferico; non include la demenza)		NO	SI : specificare _____
Patologie endocrine-metaboliche		NO	SI : specificare _____
Patologie psichiatriche-comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)		NO	SI (specificare) _____
NOTE _____			

Proposta di ricovero in Riabilitazione Motoria e/ o Neuromotoria

Scheda di Riconciliazione Farmacologica: vedi allegato

CONDIZIONI CLINICHE

Competenze Mediche

Condizioni generali	BUONE	DISCRETE	SCADENTI
Paziente stabile dal punto di vista internistico	SI	NO	In caso di particolare complessità clinica, si allega relazione
Fissatore esterno	SI (specificare tipo e sede _____)	NO	
Apparecchio gessato	SI (specificare tipo e sede _____)	NO	
Infezioni in atto	SI	NO	
Chemioterapia	SI	NO	

Competenze dei Fisioterapisti

Motilità volontaria	TOTALE	PARZIALE	ASSENTE
Controllo tronco	TOTALE	PARZIALE	ASSENTE
Stazione eretta	SI	SI, CON AUSILI	NO
Stazione seduta	SI	NO	
Deambulazione	AUTONOMO	AUTONOMO CON AUSILIO	NON AUTONOMO IMPOSSIBILE

Competenze Infermieristiche

Collaborazione	TOTALE	PARZIALE	ALTERNANTE	ASSENTE
Comprensione	TOTALE	PARZIALE	ALTERNANTE	ASSENTE
Capacità di alimentarsi	AUTONOMA DISFAGIA	SI NO IMBOCCATO non valutata	SNG PEG	PARENTERALE
Igiene personale	AUTONOMO	CON AIUTO	DIPENDENTE	
Controllo dell'alvo	SI	PARZIALE		NO
Controllo minzione	SI	PARZIALE		NO
Catetere vescicale a permanenza	SI			NO
Presenza cannula tracheale	SI (data inserimento o dell'ultimo cambio.....)			NO
Presenza di stomie	SI (specificare tipo e sede.....)			NO
Presenza di Lesioni da pressione	SI NO			
	Rete familiare ed eventuale caregiver		SI	NO

CONSULENZA FISIATRICA

NO SI in data: ____/____/____

Prognosi Riabilitativa : A) Sfavorevole : Minima; B) Favorevole : 1) Bassa , 2) Media , 3) Alta. Indicare A B__

Setting di destinazione alla dimissione :

Intensivo : Cod. 56 Cod. 75

Estensivo : Residenziale Semiresidenziale Domiciliare Ambulatoriale

Ambulatorio Specialistico MFeR RSA ADI

Trattamento riabilitativo durante la degenza ? NO SI : Ried. Motoria/Neuromotoria : SI NO Logopedia SI NO

PRINCIPALI CONDIZIONI CHE MOTIVANO IL RICOVERO RIABILITATIVO INTENSIVO (ICF):

Sezione B : _____ ; _____ ; _____ ; _____

Sezione F : _____ ; _____ ; _____ ; _____

Proposta di ricovero in Riabilitazione Motoria e/ o Neuromotoria

Il ricovero è subordinato alla disponibilità del posto letto.
La disponibilità del posto letto verrà comunicata tempestivamente.

La richiesta è stata inviata in data _____ all'Istituto _____

A. _____ ACCETTATA NON ACCETTATA IN DATA _____

B. _____ ACCETTATA NON ACCETTATA IN DATA _____

C. _____ ACCETTATA NON ACCETTATA IN DATA _____

Timbro e firma del Medico dell'U.O. inviante _____

Timbro e firma del Medico della Struttura accettante _____

DATA DI COMPILAZIONE _____

SCHEDE RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA

Cognome		Nome		U.O.	
Età		Peso		Altezza	
				M.M.G.	
ALLERGIE/REAZIONI AVVERSE A PRECEDENTI TERAPIE FARMACOLOGICHE					
☐ Sì, specificare quali: ☐ NO ☐ NON NOTO					
FARMACI ALERT		Anticoagulanti Insulina Ipoglicemizzanti orali Oppioidi		Antiepilettici Immunosoppressori Ossigenoterapia	
				Abitudine al fumo Abuso di alcool Altre sostanze stupefacenti	
Difficoltà nell'assunzione della terapia (es. problemi di deglutizione persistente o saltuaria)					
RICOGNIZIONE			RICONCILIAZIONE		
FARMACO Nome commerciale e/o principio attivo		FORMA FARMACEUTICA e DOSAGGIO	POSOLOGIA	MODIFICHE (farmaco, posologia, via di somministrazione)	
			sospende	continua	
				modifica	
				nuovo	
FONTE DELLE INFORMAZIONI					
☐ verbale paziente		☐ verbale familiare – caregiver		☐ documentazione sanitaria	
				☐ confezioni farmaci	
Firma del paziente per condivisione					
Firma del medico					
data					