



PROPOSTA DI RICOVERO

DATI DEL PAZIENTE

NOME _____ COGNOME _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE IN _____ VIA _____ N° _____

TEL _____ CF: _____

CENNI SULL'ANAMNESI E L'ESAME OBIETTIVO:

Diagnosi di natura e sede della malattia _____

Data di inizio della malattia sopra indicata _____ data intervento _____

Altezza _____ Peso _____

Condizioni generali BUONE DISCRETE SCADENTI

Condizioni mentali INTEGRE DETERIORATE

Stato di Coscienza VIGILE OBNUBILATO CONFUSO

Deficit neuropsicologici NO SI: AFASIA DISARTRIA APRASSIA DISFAGIA

Collabora: NO SI

Apparato cardiovascolare (precisare i valori della PA) _____

Apparato respiratorio (precisare eventuale scompenso cardiorespiratorio) _____

Ossigenoterapia h24 NO SI: Tempi e flusso O2 _____

Paziente con tracheostomia NO SI, DAL _____

Addome _____

Condizioni motorie _____



Mantiene la stazione eretta SI NO
Mantiene la posizione seduta SI NO
Deambula SI NO
Se operato/a può iniziare subito il carico SI NO
CONTINENZA VESCICA SI NO
CONTINENZA ALVO SI NO

Trofismo cutaneo (indicare se vi sono lesioni da pressione, precisando, in caso affermativo, sede, estensione in cm. e profondità) _____

Precedenti condizioni morbose _____

Concomitanti condizioni morbose _____

Stati infettivi in atto _____ in trattamento da _____

Terapie in atto _____

Eventuali ricoveri ospedalieri precedenti _____

Luogo in cui si trova attualmente il paziente _____

Data presunta di dimissione, se ricoverato _____

Il Medico Richiedente (timbro, qualifica e firma) _____

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del ai sensi degli art. 13-14 del GDPR (Reg. EU 2016/679), per i fini previsti.

DATA _____ FIRMA PAZIENTE O REFERENTE RICHIEDENTE _____

CONCLUSIONI NOVA SALUS

NON INSERIBILE IN LISTA D'ATTESA

MOTIVAZIONE _____

CANDIDABILE AL RICOVERO: MEDICINA RIABILITATIVA COD. 56
 CENTRO DI RIABILITAZIONE RE EX ART. 26
 RSA ANZIANI

Il Medico di struttura (nome, cognome e firma) _____