

**PROCEDURA PER LA RICHIESTA DI RICOVERO RIABILITATIVO IN
CASA DI CURA VILLA MARIA
DI PAZIENTI PROVENIENTI DA U.O. PER ACUTI**

1) La scheda allegata per la richiesta di ricovero deve essere compilata da un medico dell'U.O. per acuti proponente e inviata per fax (049-0998330) o e-mail (guardiola@cdcvillamaria.it) all'U.O. di Medicina fisica riabilitativa della casa di cura Villa Maria di Padova.

Per essere valutate le domande dovranno essere compilate in tutte le parti ed in particolare devono riportare:

- la data dell'intervento o dell'inizio della patologia ed eventuali infezioni in atto;
- il luogo in cui si trova il paziente;
- il timbro e la firma leggibile del medico compilante;
- il recapito telefonico e/o e-mail dell'U.O. proponente.

**LA MANCATA COMPILAZIONE DELLE VOCI SOPRAINDICATE IMPEDIRÀ LA
VALUTAZIONE DELLA SCHEDA.**

Le domande verranno valutate il **GIOVEDÌ** successivo all'invio.

2) Nel caso la domanda venga accettata il paziente viene posto in lista di attesa;

**La data del ricovero verrà comunicata alla U.O. proponente tramite telefono, fax o e-mail
appena disponibile il posto letto.**

Si prega l'U.O. proponente di comunicare tempestivamente se:

- il paziente sia stato trasferito in un'altra struttura o sia tornato al proprio domicilio per dare modo ai pazienti in attesa da altri Ospedali di accedere al ricovero;

3) Al momento dell'ingresso in reparto il paziente dovrà essere munito di:

- documento di riconoscimento (**carta d'identità** o patente)
- tessera sanitaria (**con codice fiscale**)
- nome e cognome del medico curante
- documentazione sanitaria del precedente ricovero (lettera di dimissione)

RICHIESTA DI RICOVERO

Cognome e Nome		Data Nascita	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Residenza in Veneto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Indirizzo:		Invalidità <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> In corso
STRUTTURA INVIANTE:	<input type="checkbox"/> Ospedale:	Reparto	Telefono referente
	<input type="checkbox"/> Dal Domicilio (indirizzo)		Telefono referente
	<input type="checkbox"/> Altro (MMG, RSA, Poliambulatorio....)		Telefono referente
Caregiver/persona di riferimento			Telefono
EVENTO INDICE: diagnosi o problema di recente modifica dello stato clinico-assistenziale-funzionale passibile o meno di ripristino clinico-funzionale.			
Data evento indice: <input type="checkbox"/> Meno di 3 mesi <input type="checkbox"/> Meno di 6 mesi <input type="checkbox"/> Meno di un anno			
COMORBOSITA' SIGNIFICATIVA: patologie "attive", ovvero in corso di trattamento anche farmacologico e/o monitoraggio, associate al motivo di ingresso.			
Rientro al domicilio:		<input type="checkbox"/> Certo <input type="checkbox"/> Probabile <input type="checkbox"/> Attivata pratica RSA	
TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO (indicare il farmaco in uso e la posologia)			
•		•	
•		•	
•		•	
•		•	
•		•	
•		•	
•		•	
•		•	
•		•	
Farmaco con piano terapeutico:			

VALUTAZIONE DI INSTABILITA' CLINICA (SCALA SIC)

Legenda. M-MI/S: monitoraggio medico e/o infermieristico strumentale = visita medica completa o valutazione attenta "problema-orientata" e/o esami di laboratorio e/o strumentali

- 0 STABILE: con problemi clinici che necessitano di monitoraggio M-MI/S programmabile, anche bisettimanale.
- 1 MODERATAMENTE STABILE: con problemi clinici che necessitano di monitoraggio M-MI/S programmabile una o più volte la settimana ma non quotidiano.
- 2 MODERATAMENTE INSTABILE: con problemi clinici che necessitano di monitoraggio M-MI/S routinario una volta al giorno.
- 3 INSTABILE: con problemi clinici che necessitano di monitoraggio M-MI/S semi-intensivo quotidiano (almeno un'altro accesso oltre quello previsto di routine).

ALTRI BISOGNI CLINICI

- Assenza di altri bisogni clinici
- Monitoraggio ematochimici standard
- Monitoraggio ematochimici almeno settimanali
- Necessità di follow-up strumentale
- Necessità di consulenze specialistiche

Il paziente attualmente rimane seduto nel letto senza appoggio per almeno 30 secondi? SI NO

Allettato: NO SI (da quanto tempo:.....)

Disfagia SI NO Afasia/disatria SI NO

Nutrizione: per os sondino n-g PEG CVC (tempo previsto di utilizzo:gg)

Respirazione: spontanea da più di 48 h spontanea da meno di 48 h Sa O2:....%
 ossigenoterapia:L/min ventilazione meccanica tracheotomia

Aspirazioni secrezioni bronchiali : SI NO

Presenza di deficit sensoriali : Visivi Uditivi

Portatore di:

- Pace- Maker
- Catetere vescicale
- Catetere peridurale
- Ortesi:
- Tracheostomia
- Urostomia
- Colonstomia
-:
- Protesi acustiche
- Catetere venoso centrale
- Pompa elastomerica
-:

Presenza di piaghe da decubito: NO SI sede:.....

Altre lesioni: NO SI sede:

Patologie infettive recenti o in atto: NO SI sede :.....

tipo:.....

(allegare antibiogramma)

INDICAZIONI AL CARICO: (per fratture arti inferiori)	<input type="checkbox"/> parziale%	<input type="checkbox"/> progressivo
	<input type="checkbox"/> totale	<input type="checkbox"/> scarico totale pergiorni

STATO DI COSCIENZA:	<input type="checkbox"/> vigile	<input type="checkbox"/> risposta a stimolo verbale
	<input type="checkbox"/> risposta a stimolo doloroso	<input type="checkbox"/> non risponde

Eventuale punteggio Glasgow Coma Scale:.....

Comprensione ordini semplici: SI NO

Il paziente è affetto da demenza? SI NO la diagnosi risale a: >3 mesi <1 anno >1 anno

Disturbi comportamentali e sintomi psichici? SI NO da quanto tempo: giorni mesi anni

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Deliri (persecutori, di gelosia..) <input type="checkbox"/> Allucinazioni <input type="checkbox"/> Vagabondaggio <input type="checkbox"/> Agitazione notturna <input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia <input type="checkbox"/> Aggressività verso sè e/o gli altri <input type="checkbox"/> Urla/ lamentazioni/ vocalismi 	<p>CONFUSIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> completamente confuso, personalità destrutturata <input type="checkbox"/> confuso e non si comporta in certe situazioni come dovrebbe <input type="checkbox"/> incerto e dubbioso, nonostante sia orientato nel tempo/spazio <input type="checkbox"/> pensa in modo chiaro, tiene normali contatti con l'ambiente
---	--

<p>IRRITABILITA'</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> qualsiasi contatto è causa di irritabilità <input type="checkbox"/> mostra ogni tanto segni di irritabilità <input type="checkbox"/> non mostra segni di irritabilità 	<p>IRREQUIETEZZA</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> incapace di stare fermo, tocca gli oggetti a portata di mano <input type="checkbox"/> si agita e gesticola durante la conversazione <input type="checkbox"/> non mostra alcun segno di irrequietezza motoria
--	---

ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA ALLO STATO ATTUALE

	Indipendente	Parzialmente dipendente	Totalmente dipendente	
Capacità di fare il bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacità di vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso dei servizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Continenza sfinterica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacità di alimentarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cammina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	da solo	con aiuto	protesi/ausili	usa carrozzella

CONDIZIONE FUNZIONALE PRE-MORBOSA (RANKIN MODIFICATA) - Situazione prima dell'evento

- 0. Nessun sintomo**
- 1. Non disabilità significativa:** nonostante la presenza di sintomi era in grado di svolgere tutte le attività (IADL e BADL) ed i compiti abituali.
- 2. Disabilità lieve:** non in grado di eseguire tutte le IADL quotidiane ma autonomo nelle BADL, senza bisogno di supervisione o aiuto.
- 3. Disabilità moderata:** richiedeva supervisione/aiuto nelle BADL, ma era in grado di deambulare senza assistenza.
- 4. Disabilità moderatamente grave:** era incapace di deambulare e provvedere alle BADL senza assistenza.
- 5. Disabilità grave:** allettato, incontinente, richiedeva assistenza continua.

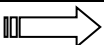
Nota:

IADL: usare il telefono, fare la spesa, preparare i pasti, cura della casa, fare il bucato, spostarsi fuori casa, assunzione dei farmaci, uso del denaro.

BADL: alimentazione, igiene personale, abbigliamento, bagno-doccia, continenza, uso del gabinetto, trasferimenti, deambulazione.

SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE

- 1. supporto sociale presente (vive in famiglia e i membri sono in grado di fornire il supporto necessario).
- 2. parziale supporto sociale (vive solo oppure in famiglia ma i familiari, anche se presenti, non sono in grado di fornire tutto il supporto necessario).
- 3 assenza di supporto sociale (vive solo e non sono presenti figure di riferimento).

ABITAZIONE:	<input type="checkbox"/> idonea	<input type="checkbox"/> presenza barriere architettoniche	
Terapia riabilitativa in atto?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
 Con quali risultati?	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Nullo
Attuale capacità di collaborazione ad interventi riabilitativi:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

Data di compilazione: _____

Nome e firma dell'infermiere

Nome Cognome, firma e timbro del medico