

RICHIESTA DI RICOVERO

Previa valutazione del medico del reparto

Cognome Nome

Data di nascita/....../..... Comune di Residenza prov. (.....)

Recapito telefonico care-giver.....

Motivo del ricovero ed eventuale intervento chirurgico

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Altre patologie in atto:

.....
.....
.....

TERAPIA IN ATTO (SPECIFICARE POSOLOGIA)

.....
.....

Farmaco con piano terapeutico:.....

Patologie infettive recenti o in atto: NO SI sede :.....
tipo:.....
(allegare antibiogramma)

Disfagia Si No

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

Respirazione spontanea Sa O2 :.....% ossigenoterapia:L/min

Presenza deficit sensoriali Visivi Uditivi

Portatore di:

- Pace-Maker Catetere peridurale Catetere venoso centrale Pompa elastomerica
- Tracheotomia Urostomia Colostomia Catetere vescicale
- Protesi Ortesi Quali:

Presenza di piaghe da decubito Si No **eventuali sedi**
altre lesioni: Si No

Allettato: NO SI (da quanto tempo:)

Deterioramento cognitivo assente presente (Mini Mental State Examination:/30)

Comprensione ordini semplici Si No

Disturbi del comportamento assenti lievi/moderati gravi

ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA

	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

SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE

- Proveniente: dal domicilio da altra struttura di ricovero
- Abitazione: idonea presenza di barriere architettoniche
- Vive solo/a: Si No
- Supporto familiare/caregiver: presente parziale assente

STRUTTURA INVIANTE

tel.

Data:/...../.....

.....
 (Nome cognome, timbro e
 firma del Medico)