PROCEDURA PER LA RICHIESTA DI RICOVERO RIABILITATIVO SSN 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.
- **ALLEGARE: documento di riconoscimento e TESSERA SANITARIA**

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

Le domande verranno valutate il **GIOVEDI' 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)

CASA DI CURA VILLA MARIA Spa
Via delle Melette, 20 – 35138 Padova
U.O. di Riabilitazione Funzionale
Responsabile: Dott. Andrea Zattin
Tel.:0498711144 - Fax:0490998330
email: guardiola@cdcvillamaria.it

casa di cura Villa Maria

RICHIESTA DI RICOVERO

Cognome e Nome		Data Nascita	Luogo di Nascita
Sesso □ M □ F	Codice Fiscale	ALLEGARE COPIA DI: • DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO • TESSERA SANITARIA	
Residenza in Veneto □ SI □ NO	Indirizzo:		Invalidità □ SI □ NO □ In corso
STRUTTURA INVIANTE:	□ Ospedale:	Reparto	Telefono referente
	□ Dal Domicilio (indirizzo)		Telefono referente
	□ 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: □ Meno di 3 mesi □ Meno di 6 mesi □ Meno di un anno

COMORBOSITA' SIGINIFICATIVA: patologie "attive", ovvero in corso di trattamento anche farmacologico e/o monitoraggio, associate al motivo di ingresso.

Rientro al domicilio: □ Certo □ Probabile □ 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 laboratorioe/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 monotoraggio M-MI/S programmabile una o più volte la settimana ma non quotidiano.
□	2	MODERATAMENTE INSTABILE: con problemi clinici che necessitano di monotoraggio M-MI/S routinario una volta al giorno.
□	3	INSTABILE: con problemi clinici che necessitano di monotoraggio 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 02:....%
□ 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)	□ parziale .....% □ totale	□ progressivo □ scarico totale per .....giorni
STATO DI COSCIENZA:	□ vigile □ risposta a stimolo doloroso	□ risposta a stimolo verbale □ 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

□ Deliri (persecutori, di gelosia..) □ Allucinazioni □ Vagabondaggio □ Agitazione notturna □ Inversione ritmo sonno-veglia □ Aggressività verso sè e/o gli altri □ Urla/ lamentazioni/ vocalismi	CONFUSIONE □ completamente confuso, personalità destrutturata □ confuso e non si comporta in certe situazioni come dovrebbe □ incerto e dubbioso, nonostante sia orientato nel tempo/spazio □ pensa in modo chiaro, tiene normali contatti con l'ambiente
IRRITABILITA' □ qualsiasi contatto è causa di irritabilità □ mostra ogni tanto segni di irritabilità □ non mostra segni di irritabilità	IRREQUIETEZZA □ incapace di stare fermo, tocca gli oggetti a portata di mano □ si agita e gesticola durante la conversazione □ non mostra alcun segno di irrequietezza motoria

ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA ALLO STATO ATTUALE

	Indipendente	Parzialmente dipendente	Totalmente dipendente	
Capacità di fare il bagno	☐	☐	☐	
Capacità di vestirsi	☐	☐	☐	
Uso dei servizi	☐	☐	☐	
Continenza sfinterica	☐	☐	☐	
Capacità di alimentarsi	☐	☐	☐	
Cammina	☐ 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 sennza 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 ella 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 mebri sono in grado di fornire il supporto necessario).

□ 2. parziale supporto sociale (vive solo oppure in famiglia ma i famigliari, 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:	□ idonea	□ presenza barriere architettoniche		
Terapia riabilitativa in atto?		□ SI	□ NO	
⇨	Con quali risultati?	□ Positivo	□ Parziale	□ Nullo
Attuale capacità di collaborazione ad interventi riabilitativi:		□ Presente	□ Parziale	□ Assente

Data di compilazione: _____

Nome Cognome, firma e timbro del medico _____

A CURA DI CASA DI CURA VILLA MARIA:

- ○ Ricovero appropriato (RIABILITAZIONE INTENSIVA EX COD 56)
- ○ Ricovero NON appropriato

data …….. Firma del Medico valutatore……..