CASA DI CURA VILLA MARIA Spa
Via delle Melette, 20 – 35138 Padova
Responsabile Medicina: Dr. Aurelio Marigo
Responsabile Riab. Funionale: Dr. Andrea Zattin
Tel.:0498711144 - Fax:0490998330
email: guardiola@cdcvillamaria.it

RICHIESTA DI RICOVERO PRIVATO

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.			Richiesta di attività riabilitativa: □ SI □ NO
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:	

ALTRI BISOGNI CLINICI

Allettato: □ NO □ SI (da quanto tempo:.....) utilizzo **MAD** (materasso antidecubito) □ SI □ NO
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)

STATO DI COSCIENZA:	□ vigile □ risposta a stimolo doloroso	□ risposta a stimolo verbale □ non risponde

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

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).

Data compilazione Nome Cognome, firma e timbro del medico

_____ _____

A CURA DI CASA DI CURA VILLA MARIA:

- ○ Ricovero appropriato
- ○ Ricovero NON appropriato

data ……. Firma del Medico valutatore……