



FONDAZIONE SANTA LUCIA

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione per la riabilitazione neuromotoria

00179 Roma - Via Ardeatina, 306 - Tel +39 06515011 - Fax +39 065032097 - www.hsantalucia.it

Richiesta di presa in carico per trattamento riabilitativo (D.R. n. 398/2000 e 2591/2000) (Mod. 26)

Qualora la domanda venisse accettata l'Utente verrà convocato per le necessarie valutazioni al fine di predisporre il progetto riabilitativo individuale; in occasione della prima valutazione dovrà presentarsi con l'impegnativa USL (compilata dal medico/pediatra di base o dallo specialista/pediatra di struttura sanitaria pubblica) con richiesta di "presa in carico riabilitativa per esiti di (indicare patologia)".

Si ricorda che ogni Utente può essere preso in carico dalla sola Struttura che ha predisposto il progetto riabilitativo individuale.

(Si prega di scrivere leggibile e in stampatello)

Sig.....

Nato/a a.....(.....) il.....

Residente nel Comune di

Numero del Municipio(Prov.....)

Via/P.za.....N.....

Recapiti telefonici.....

ASL.....Medico curante.....

Codice Fiscale.....

Invalidità del%, ottenuta per (indicare patologia).....

In attesa di riconoscimento di invalidità

CENNI SULL'ANAMNESI E SULLE ATTUALI CONDIZIONI CLINICHE

1) Diagnosi clinica e funzionale che giustifica il trattamento

.....

.....

Specificare se: 1° episodio o ricaduta

2) Data di inizio della malattia sopraindicata.....

3) Dati su eventuale ultimo ricovero per acuzie: Ospedale:.....

data di ricovero:.....data di dimissione.....

4) Dati su eventuali altri trattamenti riabilitativi già eseguiti legati alla patologia per cui si richiede il trattamento:

- intensiva in ricovero ordinario, eseguita c/o.....dal.....al.....
- intensiva in DH o ambulatoriale eseguita c/o.....dal.....al.....
- estensiva, eseguita c/odal.....al.....

- 5) Presenta deficit motori? Si No
- 6) Mantiene la stazione eretta? Si No
- 7) E' autonomo negli spostamenti? Si No
- 8) Può deambulare autonomamente? Si No
- 9) E' collaborante? Si No
- 10) Presenta incontinenza sfinterica? Si No
- 11) Presenta disturbi del linguaggio? Si No
- 12) Presenta disturbi neuropsicologici? Si No
- 13) Presenta disturbi della deglutizione? Si No
- 14) Presenta disturbi della respirazione? Si No
- 15) Presenta piaghe da decubito? Si No

(eventuali precisazioni cliniche)

16) Concomitanti condizioni morbose (compresa l'eventuale presenza di malattie contagiose o la condizione di portatore sano):

Data Il medico proponente
(timbro e firma)

(Si prega di compilare il presente modello in ogni sua parte. Grazie)

(Parte riservata alla Fondazione Santa Lucia)

GIUDIZIO

- Favorevole per eventuale presa in carico per trattamento riabilitativo estensivo
- Si richiedono ulteriori informazioni cliniche al medico proponente:.....
- Non favorevole. Motivazione del rifiuto e/o suggerimenti:.....

Data..... Il Medico.....