



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

OGGETTO: Proposta di ricovero

Degenza ordinaria

M 9.2 Rev.7 del 20/10/2011

Day hospital

Cognome e Nome Sesso: F M

nat. a (.....) il.....

domiciliat. a Via Tel.....

Cittadinanza italiana: SI NO Se NO, documento in possesso: Tessera TEAM Codice ENI Modello E111 STP

Se Sì: Codice Fiscale..... Carta d'identità rilasciata dal Comune

**N.B.: ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA LA FOTOCOPIA DELLA TESSERA SANITARIA
E DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL PAZIENTE**

CENNI SULL'ANAMNESI E SULLE ATTUALI CONDIZIONI CLINICHE:

1) Diagnosi di natura e sede della malattia, che giustifica il ricovero:.....

2) Data d'inizio della malattia sopra indicata:..... 3) ha avuto un periodo di COMA? SI No

se SI specificare data.....

4) Condizioni generali: buone Altezza: m.....
discrete
scadenti Peso: Kg.....

5) Demenza: SI NO

6) Stato della coscienza: vigile
obnubilato
confuso

7) Deficit neuropsicologici SI afasia
e del linguaggio: NO disartria
aprassia

8) Collabora: SI NO

9) Alimentazione: p. os SI NO
enterale SI NO
parenterale SI NO

10) Tossicomania, tossicofilia SI NO
(compreso l'alcolismo)

11) Trachestomia in atto SI NO

12) Difficoltà respiratorie (inclusa necessità di ossigeno terapia) SI NO

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

14) Intervento chirurgico: SI NO (indicare quale)

..... data intervento.....

15) Motilità volontaria:	Arto superiore dx	<input type="checkbox"/> conservata	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> assente
	Arto inferiore dx	<input type="checkbox"/> conservata	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> assente
	Arto superiore sin.	<input type="checkbox"/> conservata	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> assente
	Arto inferiore sin.	<input type="checkbox"/> conservata	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> assente

Limitazioni articolari:.....

mantiene la stazione eretta SI NO
mantiene la posizione seduta SI NO
deambula SI NO
controindicazioni al carico SI NO

Altre osservazioni:

16) continenza vescica SI NO
continenza alvo SI NO

17) Trofismo cutaneo (indicare se ci sono piaghe da decubito e/o altre lesioni cutanee, precisando, in caso affermativo, sede, estensione in cm. e profondità)

18) Precedenti condizioni morbose:

19) Esami strumentali eseguiti (**ALLEGARE EVENTUALE REFERTO**)

ECG Risonanza magnetica TC Elettromiografia Ecografia

20) Terapia in atto:

21) Luogo in cui si trova attualmente il paziente:

22) Precedenti ricoveri in Ospedali per acuti:

23) Precedenti ricoveri per riabilitazioni SI NO se SI indicare quando

24) Obiettivo riabilitativo:.....

SCHEDA AGGIUNTIVA PER SINDROME POST-COMATOSA
(da compilare esclusivamente se il paziente ha avuto un episodio di coma)

COSCIENZA:

Il paziente fissa e segue con lo sguardo? SI NO
Il paziente esegue ordini? SI NO
Il paziente muove spontaneamente uno o più arti? SI NO
Il paziente è in postura di decorticazione o decerebrazione? SI NO
Il paziente presenta agitazione psico - motoria? SI NO
Il paziente si alimenta per os? SI NO
Il paziente presenta frequenti ipertemie e/o infezioni ricorrenti? SI NO

Il medico proponente dichiara formalmente che le informazioni contenute nel presente modulo corrispondano a verità

Data

IL MEDICO PROPONENTE

Recapito telefonico del medico

(timbro, firma ed eventuale qualifica)

Fax cui inviare la risposta

NB. decorsi i 30 gg. dall'eventuale accettazione della domanda il Paziente dovrà essere sottoposto a visita di conferma del quadro clinico prima del ricovero

(La mancata compilazione integrale di questo modulo può determinare il rifiuto della proposta di ricovero o la richiesta di ulteriori precisazioni con allungamento dei tempi di attesa)

(PARTE RISERVATA ALLA FONDAZIONE S. LUCIA)

Proposta accettata Paziente chiamato a visita Proposta respinta
 Si richiedono ulteriori informazioni cliniche al Medico Proponente

Data

Il Direttore dell'U.O.