



Richiesta di ricovero alla Fondazione Santa Lucia IRCCS

Compilare tutti i campi in digitale o in stampatello e inviare a: ricoveri@hsantalucia.it o via fax: **+39 06 5032 097**

1. TIPOLOGIA DI RICOVERO

- 1a **Ricovero ordinario SSN** **Day hospital SSN** **Ricovero ordinario solventi** **Day hospital solventi**

.....
Se solvente, specificare eventuale assicurazione sanitaria privata del paziente

2. DATI DEL PAZIENTE

2a **M** **F**
Cognome Nome

2b
Nato a Provincia il

2c
Domiciliato in Numero civico

2d
Città Provincia CAP

2e
Telefono E-mail (facoltativo)

2f
Numero progressivo di ricovero del paziente presso struttura inviante

2g **IL PAZIENTE È CITTADINO ITALIANO**
Codice fiscale

2h
Nr. Carta d'Identità Rilasciata dal Comune

2i **IL PAZIENTE NON È CITTADINO ITALIANO ED È IN POSSESSO DI**

2m **Tessera TEAM** **Codice ENI** **Modello E111** **STP**

3. ANAMNESI E ATTUALI CONDIZIONI CLINICHE DEL PAZIENTE

3a
Diagnosi di natura e sede della lesione, che giustifica il ricovero

3b
Altezza del paziente (m) Peso del paziente (Kg) Data inizio patologia

3c **Il paziente presenta lesione midollare** **Il paziente ha attraversato periodo di coma**

3d
Durata del coma (in giorni) presso struttura inviante **Valore GCS (Glasgow Coma Scale) al ricovero in acuzie**

3e
Concomitanti condizioni morbose, comprese malattie contagiose o condizione di portatore sano

3f **Il paziente necessita di isolamento per malattie contagiose** **Si** **No**

3g
 Obiettivo riabilitativo

3h
 Luogo in cui si trova attualmente il paziente. Se ospedale, specificare il reparto.

3i
 Terapia in atto

3m
 Precedenti ricoveri in ospedali per acuti

3n **Precedenti ricoveri per riabilitazione** Si No
 Quando

Ha subito intervento chirurgico Si
 Quale Data

3p **Esami strumentali eseguiti: (IMPORTANTE: allegare eventuali referti)**

ECG RM TC Ecografia Elettromiografia

3q **Condizioni generali** Buone Discrete Scadenti

3r **Stato della coscienza** Vigile Obnubilato Confuso

3s **Collabora** Si No

3t **Difficoltà respiratorie** Si No sì, con necessità di ossigeno-terapia

3u **Alimentazione** per OS Enterale Parenterale

3v **Tracheostomia in atto** Si No

3w **Lesioni da decubito** Si * No

.....
 * Indicare sede e stadio

3x **Vescica** Continente Incontinente

3y **Alvo** Continente Incontinente

3z **Tossicomania, tossicofilia, alcolismo** Si No

4. DEFICIT MOTORI, NEUROPSICOLOGICI E DEL LINGUAGGIO

4a
 Limitazioni articolari

4b **Motilità volontaria** **Arto superiore destro** Conservata Limitata Assente

Arto inferiore destro Conservata Limitata Assente

Arto superiore sinistro Conservata Limitata Assente

Arto inferiore sinistro Conservata Limitata Assente

4c **Mantiene posizione** **Eretta** Si No **Seduta** Si No

- 4d **Deambula** Si No
- 4e **Controindicazioni al carico** Si * No
- 4f **Deficit neuropsicologici e del linguaggio** Afasia Disartria Aprassia No
- 4g **Demenza** Si No

* Specificare durata

5. SINDROME POST-COMATOSA

(Se il paziente ha avuto periodo di coma per il quale viene chiesto ricovero, si prega di compilare questa sezione)

- 5a **Il paziente fissa e segue con lo sguardo** Si No
- 5b **Esegue ordini** Si No
- 5c **Muove spontaneamente uno o più arti** Si No
- 5d **È in postura di decorticazione o decerebrazione** Si No
- 5e **Presenta agitazione psico-motoria** Si No
- 5f **Si alimenta per OS** Si No
- 5g **Presenta ipertermie e/o infezioni ricorrenti** Si No

MEDICO CHE PROPONE IL RICOVERO

.....
 Cognome Nome Codice identificativo regionale
 (se assegnato al medico)

.....
 Struttura sanitaria di appartenenza Unità operativa di appartenenza

.....
 Recapito telefonico del Medico Email o fax a cui la Fondazione Santa Lucia deve inviare risposta

.....
 Data Firma del Medico

IMPORTANTE: allegare alla domanda fotocopia di TESSERA SANITARIA e DOCUMENTO D'IDENTITÀ del paziente

I dati contenuti nel presente modulo saranno trattati in conformità al Decreto 196/2003 e smi. Titolare del trattamento dati è la Fondazione Santa Lucia IRCCS.

ESITO DELLA RICHIESTA DI RICOVERO

(sezione riservata alla Fondazione Santa Lucia Irccs)

- Richiesta accettata** **Richiesta respinta** **Paziente verrà chiamato** **Si richiedono**
 Paziente in lista d'attesa per valutazione ulteriori informazioni

.....
Annotazioni/Motivazione.....
Data.....
Firma per la Commissione Medica