

MODULO UNICO PER LA RICHIESTA DI TRASFERIMENTO IN POST-ACUZIE

UO richiedente _____ telefono: _____ fax: _____ e-mail: _____

N. nosologico Cartella _____ Data compilazione ____/____/____

Nel caso la richiesta non provenga da Struttura Sanitaria specificare:

Richiesto da _____ telefono: _____ fax: _____ e-mail: _____

richiede la disponibilità di posto in:

BARRARE LA CASELLA:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Unità Spinale (Codice 28) | <input type="checkbox"/> Solventi Day Hospital |
| <input type="checkbox"/> Recupero e Riabilitazione Funzionale (Codice 56) | <input type="checkbox"/> Solventi Ricovero Ordinario |
| <input type="checkbox"/> Neuroriabilitazione (codice 75) | |
| <input type="checkbox"/> Lungodegenza (codice 60) | |

dm 5 agosto 2021

SPECIFICARE SE:

- Ricovero conseguente ad evento acuto (ricovero in acuzie negli ultimi 12 mesi)
 Ricovero non conseguente ad evento acuto (non ricovero in acuzie negli ultimi 12 mesi)

Cognome _____ **Nome** _____

Luogo di nascita _____ data di nascita _____ sesso: F M

Domicilio _____ telefono _____

Care-giver di riferimento e recapito _____

DIAGNOSI INSERITE NELLA SDO DI RICOVERO PER ACUTI PER IL RICOVERO IN RIABILITAZIONE (COME DA ELENCO CODICI ICD-9-CM INSERITI NEGLI ALLEGATI AL DM 09.08.2021)

- | | |
|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | Cod. ICD-9-CM: |
| <input type="checkbox"/> | Cod. ICD-9-CM: |
| <input type="checkbox"/> | Cod. ICD-9-CM: |
| <input type="checkbox"/> | Cod. ICD-9-CM: |
| <input type="checkbox"/> | Cod. ICD-9-CM: |

dm 5 agosto 2021

NEL CASO LA RICHIESTA NON PROVENGA DA STRUTTURA SANITARIA SPECIFICARE LA DIAGNOSI PER APPROPRIATEZZA DIAGNOSTICA:

SCALE SEVERITA', COMORBIDITA' e DISABILITA':

PER RICHIESTE DI RIABILITAZIONE IN **STRUTTURE CODICE 28**

ASIA Impairment Scale: A B C D

condiviso nelle riunioni

PER RICHIESTE DI RIABILITAZIONE IN **STRUTTURE CODICE 56**

CONDIZIONI CLINICHE

Condizioni generali	<input type="checkbox"/> BUONE	<input type="checkbox"/> DISCRETE	<input type="checkbox"/> SCADENTI
Paziente stabile dal punto di vista internistico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Paziente post comatoso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO SE SI, GCS (punteggio) ... e durata coma >24 ore	
Collaborazione	<input type="checkbox"/> TOTALE	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> ALTERNANTE <input type="checkbox"/> ASSENTE
Comprensione	<input type="checkbox"/> TOTALE	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> ALTERNANTE <input type="checkbox"/> ASSENTE
Motilità volontaria	<input type="checkbox"/> TOTALE	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> ASSENTE
Deambulazione	<input type="checkbox"/> AUTONOMO	<input type="checkbox"/> AUTONOMO CON AUSILIO	<input type="checkbox"/> NON AUTONOMO <input type="checkbox"/> IMPOSSIBILE
Controllo Tronco	<input type="checkbox"/> TOTALE	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> ASSENTE
Stazione eretta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI, CON AUSILI	<input type="checkbox"/> NO
Stazione seduta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Motilità articolazioni	<input type="checkbox"/> TOTALE	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> ASSENTE
Capacità di alimentarsi	<input type="checkbox"/> AUTONOMO	DISFAGIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> NON AUTONOMO	<input type="checkbox"/> IMBOCCATO	<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PARENTERALE
Igiene personale	<input type="checkbox"/> AUTONOMO	<input type="checkbox"/> CON AIUTO	<input type="checkbox"/> DIPENDENTE
Controllo dell'alvo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> NO
Controllo minzione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> NO
Catetere vescicale a permanenza	<input type="checkbox"/> SI (data inserimento o dell'ultimo cambio.....) <input type="checkbox"/> NO		
Presenza cannula tracheale	<input type="checkbox"/> SI (specificare tipo e data di inserimento.....) <input type="checkbox"/> NO		
Ventilazione meccanica	<input type="checkbox"/> SI (specificare tipo e modalità.....) <input type="checkbox"/> NO		
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> SI (specificare modalità.....) <input type="checkbox"/> NO		
Portatore di CVC	<input type="checkbox"/> SI (specificare il tipo e la sede.....) <input type="checkbox"/> NO		
Portatore di CV Periferico	<input type="checkbox"/> SI (sede e data di inserimento.....) <input type="checkbox"/> NO		
Presenza di stomie	<input type="checkbox"/> SI (specificare tipo e sede.....) <input type="checkbox"/> NO		
Fissatore esterno	<input type="checkbox"/> SI (specificare tipo e sede.....) <input type="checkbox"/> NO		
Apparecchio gessato	<input type="checkbox"/> SI (specificare tipo e sede.....) <input type="checkbox"/> NO		
Infezioni in atto/microrganismi alert*	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE SOLO PER RICHIESTA TRASFERIMENTO UGCA

- Il paziente è in postura di decorticazione o decerebrazione? SI NO
- Il paziente presenta agitazione psico-motoria? SI NO
- Il paziente esegue ordini semplici? SI NO

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE SOLO PER RICHIESTA TRASFERIMENTO US/CENTRO SPINALE

Il paziente è paraplegico tetraplegico

Livello di lesione documentato all'RX

RICHIESTA DI TRASFERIMENTO (la risposta deve pervenire **entro 48 ore lavorative dalla richiesta**, come previsto normativa regionale vigente)

documento sovrappollamento e flusso di ricovero

La richiesta è stata INVIATA IN DATA _____ ALL'ISTITUTO _____

ACCETTATA – DISPONIBILITA' IMMEDIATA

ACCETTATA – INSERITO IN LISTA D'ATTESA

NON APPROPRIATA *indicare criteri di esclusione ai sensi DCA 226/2018*

La richiesta è stata INVIATA IN DATA _____ ALL'ISTITUTO _____

ACCETTATA – DISPONIBILITA' IMMEDIATA

ACCETTATA – INSERITO IN LISTA D'ATTESA

NON APPROPRIATA *indicare criteri di esclusione ai sensi DCA 226/2018*

Data trasferimento _____

Timbro e firma del medico del reparto
.....Timbro e firma del medico specialista in riabilitazione
.....

*La struttura per acuti ha l'obbligo di valutare ed indicare la presenza di colonizzazioni che richiedono misure di isolamento, per consentire alla struttura riabilitativa di predisporre posti letto idonei (isolamento in coorte)

evoluzione condivisa
da quanto previsto nella rete trauma

**INTEGRAZIONE MODULO UNICO PER RICHIESTA DI TRASFERIMENTO
PER QUADRI NEUROLOGICI O AD ALTA INTESITA' DI CURE**

Condizioni neurologicheParaplegia Tetraplegia

Livello neurologico della lesione: _____

Altri interventi chirurgici correlati all'evento lesivo: _____
_____Eventuale patologia o comorbidità di rilievo psichico/psichiatrico no si

Tipo: _____

Condizioni Respiratorie attuali:Respiro spontaneo no si dal _____Ventilazione meccanica no si se si: weaning no si NIV no si modalità _____Ossigeno terapia: no si Lt/min _____Drenaggio toracico no si sede _____ dal _____Cannula tracheostomica no si Tipo: _____ n° _____ dal _____**Altri Devices :**Catetere venoso: centrale periferico sede _____ dal _____Catetere arterioso sede _____ dal _____**Lesioni cutanee da pressione** no si

sede _____ grado _____

sede _____ grado _____

Trombosi Venose Profonde no si sede _____Infezioni in atto: no si Germi MDR: _____emocoltura : data _____ negativa positiva per _____broncoaspirato: data _____ negativo positivo per _____

urinocoltura: data _____ negativa positiva per _____

tampone rettale: data _____ negativo positivo per _____

Terapia

Endovenosa _____

Orale _____

Note aggiuntive: _____

Data.....

Nome del Medico

Riferimenti Tel: _____ Fax: _____ Email: _____

Dichiarazione di responsabilità del richiedente il ricovero
(Delibera della regione Lazio n.434 del 27/03/2001)