



## Richiesta di ricovero alla Fondazione Santa Lucia IRCCS

Compilare tutti i campi in digitale o in stampatello e inviare a: [ricoveri@hsantalucia.it](mailto: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      Indice di Barthel (punteggio complessivo)

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       si, con necessità di ossigeno-terapia

3u **Alimentazione**  per OS       Enterale       Parentale

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