

LOGO DELL'ISTITUTO
CHE FA LA RICHIESTA



MODULO UNICO PER LA RICHIESTA DI TRASFERIMENTO IN RIABILITAZIONE (adulti)

N. nosologico Cartella _____

Data compilazione ____/____/____

UO richiedente _____ Telefono: 06 65595060 - Fax : 06 65595240 - e-mail: urp@villasandra.it

richiede la disponibilità di posto in:

- Riabilitazione intensiva post-acuzie
- Lungodegenza Medica-Riabilitativa
- Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite (UGCA)
- Unità Spinale
- Centro Spinale
- Unità per Gravi Patologie Cardiologiche
- Unità per Gravi Patologie Respiratorie
- Riabilitazione territoriale residenziale intensiva estensiva
- Riabilitazione territoriale semiresidenziale estensiva

Cognome _____ **Nome** _____

Codice Fiscale (obbligatorio): _____

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

Domicilio _____ telefono _____

Familiare di riferimento e recapito _____

PATOLOGIA OGGETTO DEL RICOVERO:

Data d'inizio della menomazione sopraindicata: ____/____/____ Intervento Chirurgico: Si No

Tipo intervento chirurgico: _____

_____ Data intervento chirurgico: _____

Divieto carico: Si: No: Eventuale carico differito a: _____ gg _____

SCALE SEVERITA', COMORBIDITA' e DISABILITA'

CIRS : Indice di severità |__| Indice di comorbidità |__|

BARTHEL : punteggio complessivo |__| |__| |__|

Note: _____

Ulcere trofiche / da pressione (specificare sede e stadio)

Ferite Post Chirurgiche Coalescente Deiscente Altro Altre patologie (specificare).....

Terapia in atto:	dosaggio	ev	os	Terapia in atto:	dosaggio	ev	os
1				3			
2				4			

CONDIZIONI CLINICHE

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

La richiesta è stata INVIATA IN DATA _____ ALL'ISTITUTO..... ACCETTATA NON ACCETTATA

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)