



**Azienda di Servizi alla Persona  
"GOLGI - REDAELLI"**

**ISTITUTO GERIATRICO C. GOLGI**

**PIAZZA C. GOLGI, 11 - 20081 ABBIATEGRASSO**  
tel. 02.948521, fax 02.94852921

Nelle pagine seguenti è visualizzata la domanda per i ricoveri in Riabilitazione presso il nostro Istituto.

Se lo ritenete potete contattarci per qualunque chiarimento in merito alla domanda e alla sua compilazione.

**UFFICIO ACCOGLIENZA E RELAZIONI COL PUBBLICO**

Orari : dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 12.00  
dal lunedì al giovedì dalle ore 14.00 alle ore 16.00  
telefono : 02/948521 - fax : 02/94852921

# PROPOSTA DI RICOVERO IN RIABILITAZIONE

**presso Azienda di Servizi alla Persona "GOLGI – REDAELLI"**

- |   |                              |               |                |
|---|------------------------------|---------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> ISTITUTO "P.Redaeli" – MILANO      | Dir. Medico Dr. R.D'Angelo   | tel. 02413151 | Fax 024120871  |
| <input type="checkbox"/> ISTITUTO "P.Redaeli" – VIMODRONE   | Dir. Medico Dr. A.Frustaglia | tel. 02250321 | Fax 022501703  |
| <input type="checkbox"/> ISTITUTO "C.Golgi" - ABBIATEGRASSO | Dir. Medico Dr. A. Ceretti   | tel. 02948521 | Fax 0294852921 |

OSPEDALE _____	REPARTO _____
MEDICO REFERENTE _____	TEL. MEDICO _____

Sig/a \_\_\_\_\_ Anni \_\_\_\_\_ Sesso: F M

Malattia che ha causato la disabilità \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Insorta il \_\_\_\_\_

Malattie concomitanti \_\_\_\_\_

Obiettivi riabilitativi perseguibili \_\_\_\_\_

Ricoveri Riabilitativi negli ultimi 12 mesi NO  SI  dove \_\_\_\_\_

### Giudizio sull'attuale stabilità clinica del paziente

- Stabile:** con monitoraggio Medico-Infermieristico e strumentale programmabile di routine (anche circa bisettimanale)
- Moderatamente Stabile:** con monitoraggio Medico-Infermieristico e strumentale programmabile una o più volte alla settimana, ma non quotidiano.
- Instabile:** con monitoraggio Medico-Infermieristico e strumentale quotidiano o pluriquotidiano.

### Terapia in atto

	Allergie a :	

Terapie particolari (in corso o programmate)	Decubiti e Medicazioni	Frattura o Intervento in elezione	
<input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale <input type="checkbox"/> Nutrizione per sondino NG <input type="checkbox"/> Nutrizione enterale, PEG <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia <input type="checkbox"/> Emodialisi <input type="checkbox"/> Dialisi peritoneale <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia iperbarica <input type="checkbox"/> Ventilazione polmonare Altro (specificare) _____	Lesioni da decubito? No Si Multiple? No Si  <u>Staging decubiti (del più grave)</u> <input type="checkbox"/> Superficiale <input type="checkbox"/> Limitato al sottocute <input type="checkbox"/> Profondo (necrosi e/o ulcerazione muscolare o del periostio)	Intervento ortopedico di:   Eseguito il:	
<b>Stato Nutrizionale</b> <input type="checkbox"/> Adeguato <input type="checkbox"/> Obesità <input type="checkbox"/> Malnutrizione	<b>Altre Medicazioni (specificare)</b>	In scarico fino al:	Rimozione gesso il:

**ANAMNESI SOCIALE E FUNZIONALE**

COMPILARE SEMPRE	COMPILARE SOLO SE RICOVERATO IN OSPEDALE	
<b>Anamnesi Sociale</b>	<b>Prima dell'attuale ricovero ospedaliero</b>	
	<b>Autonomia motoria</b>	<b>Memoria</b>
<input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Vedovo <input type="checkbox"/> Celibe/nubile <input type="checkbox"/> Vive con il coniuge <input type="checkbox"/> Vive con figli/parenti <input type="checkbox"/> Solo/a	<input type="checkbox"/> Usciva di casa da solo <input type="checkbox"/> Era indipendente solo nell'ambito del domicilio <input type="checkbox"/> Al domicilio si spostava con aiuto di una o più persone <input type="checkbox"/> In carrozzina o allettato	<input type="checkbox"/> Buona <input type="checkbox"/> Dismnesico ma con discreta gestione delle attività di cura della persona <input type="checkbox"/> Dismnesia grave, con necessità di supervisione o aiuto per le attività di cura della persona
	Prima del ricovero ospedaliero il P.te richiedeva assistenza: <input type="checkbox"/> Tutti i giorni <input type="checkbox"/> Qualche giorno alla settimana <input type="checkbox"/> NO	

**Ritorno a domicilio:**                      **Certo**                                      **Probabile**                                      **Non Possibile**

**E' stata attivata pratica di ricovero definitivo in RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale)    NO    SI**

STATO MENTALE E FUNZIONALE ATTUALI	
<b>Capacità comunicative e collaborazione</b>	<b>Disturbi comportamentali e sintomi psichici</b>
<input type="checkbox"/> Può comunicare su tutti i problemi personali, adeguato all'interlocutore, collabora alle manovre della visita.  <input type="checkbox"/> Risponde soltanto a domande semplici, scarsamente adeguato all'interlocutore, ha difficoltà a collaborare alla visita.  <input type="checkbox"/> La comunicazione è molto compromessa o assente, non adeguato all'interlocutore, non collabora alla visita.	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> da mesi _____ <input type="checkbox"/> da anni _____  <input type="checkbox"/> Confusione Mentale <input type="checkbox"/> Agitazione notturna <input type="checkbox"/> Allucinazioni <input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia <input type="checkbox"/> Ansia/Depressione <input type="checkbox"/> Rifiuto dell'assistenza <input type="checkbox"/> Agitazione <input type="checkbox"/> Urla o vocalismi o lamentazioni ripetitivi <input type="checkbox"/> Aggressività <input type="checkbox"/> Rifiuto del cibo <input type="checkbox"/> Wandering (Cammino "afinalistico") <input type="checkbox"/> Etilismo
	<b>Ricoveri per patologia psichiatrica</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <b>Tentato Suicidio</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

ATTUALI CAPACITA' FUNZIONALI DEL PAZIENTE		
<b>Alimentazione</b>	<b>Igiene personale</b>	<b>Controllo vescicale</b>
<input type="checkbox"/> Indipendente <input type="checkbox"/> Ha bisogno di aiuto <input type="checkbox"/> Deve essere imboccato	<input type="checkbox"/> Capace di lavarsi mani e faccia <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto <input type="checkbox"/> Totale dipendenza	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Occasionali perdite <input type="checkbox"/> Incontinenza <input type="checkbox"/> Catetere a permanenza
<b>Capacità di movimento</b>	<b>Trasferimenti letto carrozzina</b>	
<input type="checkbox"/> Cammina da solo <input type="checkbox"/> Cammina con aiuto <input type="checkbox"/> Non cammina <input type="checkbox"/> Non valutabile	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Necessario aiuto di una persona <input type="checkbox"/> Dipendente da due persone.	

**NB.= ALLEGARE SEMPRE LA DOCUMENTAZIONE PIU' COMPLETA POSSIBILE**

**Data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Timbro e firma del medico** \_\_\_\_\_ **tel.** \_\_\_\_\_

## Documenti da allegare alla domanda: (da compilare a cura dei parenti)

- a) una fotocopia tessera sanitaria
- b) una fotocopia tessera di esenzione (per patologia, per invalidità, .....)
- c) una fotocopia della Carta di Identità
- d) una fotocopia del Codice Fiscale
- e) **se l'ospite è al domicilio:** Prescrizione su Ricettario Regionale SSN del Medico di Medicina Generale(MMG)
- f) **se l'ospite è ricoverato:** Prescrizione su Ricettario Regionale SSN del medico della struttura di ricovero

**L'AMMISSIONE E' SUBORDINATA ALLA VALUTAZIONE DELLA DIREZIONE MEDICA DELL'ISTITUTO**  
**“LA DEGENZA HA CARATTERE TEMPORANEO ED E' STRETTAMENTE LEGATA AL TRATTAMENTO**  
**RIABILITATIVO, AL TERMINE DEL QUALE LA PERSONA VERRA' DIMESSA”**

firma per presa visione

\_\_\_\_\_

## Dati Anagrafici del Paziente

Cognome Nome \_\_\_\_\_

Data e Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Stato Civile \_\_\_\_\_

Residenza (via/città) \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso dalla residenza) (via/città) \_\_\_\_\_

Tessera Sanitaria : \_\_\_\_\_

Esenzione (Invalidità Civile / Patologia) : \_\_\_\_\_

Codice Fiscale : \_\_\_\_\_

Carta di Identità : \_\_\_\_\_

Scolarità (elementari, medie, superiori,.....): \_\_\_\_\_

## Parenti: (cognome/nome - indirizzo - telefono)

1) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3 / 3

Riservato all'Ufficio Accoglienza

data contatto	persona di riferimento	motivo contatto	risposta	ufficio accoglienza
---------------	------------------------	-----------------	----------	---------------------

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_