



Azienda di Servizi alla Persona

**“GOLGI – REDAELLI”**

ISTITUTO GERIATRICO “P. REDAELLI”

Dir. Med.: Dr Roberto D’Angelo

Via Bartolomeo D’Alviano, 78 – 20146 Milano

tel.: 02413151, fax: 024120871

Data compilaz. Domanda:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**RICHIESTA DI PRESA IN CARICO PER TRATTAMENTO RIABILITATIVO**

**Gentile Collega, la presente relazione sanitaria rappresenta un importante strumento di informazione che ci consentirà di orientare il bisogno del suo assistito verso l’area e il regime di trattamento più appropriati. La compilazione deve essere chiara e completa. Si ricorda che se il paziente proviene da Ospedale deve essere presentato il P.R.I., se proviene dal domicilio dovrà essere sottoposto a una visita di pre-accettazione .**

Sig./ra: \_\_\_\_\_ Età: \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F

Diagnosi dell’evento indice per il quale si chiede la presa in carico : \_\_\_\_\_

Insorto il (quando è evidente l’evento indice) \_\_\_\_\_ (Cod. DRG \_\_\_\_\_ )

Evento patologico occorso da:  meno di 3 mesi  meno di 6 mesi:  più di 6 mesi  più di un anno fa

Malattie associate: \_\_\_\_\_

Attualmente il p.te si trova:  Al proprio domicilio  In RSA\*  In UO Ospedaliera\*  
 Rep. Riabilit. Specialistica\*  Rep. Riabilit. Generale e Geriatrica\*  Rep. Riabilit. di Mantenimento\*

\* indicare quale: \_\_\_\_\_

**Livello di stabilità delle condizioni cliniche**

- Problemi medici stabilizzati che non richiedono un monitoraggio medico/infermieristico più di una volta ogni tre mesi.
- Necessità di controllo medico/infermieristico più di una volta ogni tre mesi, ma meno di una volta alla settimana.
- I problemi medici non sono sufficientemente stabilizzati, così da richiedere regolari controlli medico/infermieristici una volta alla settimana.
- I problemi medici richiedono cure medico/infermieristiche intensive, almeno giornaliere (con l’esclusione della sola assistenza alla cura personale)

Terapia in atto: \_\_\_\_\_

Allergie a: \_\_\_\_\_

Terapie particolari (in corso o programmate)	Decubiti e medicazioni	In caso di Frattura o altro intervento ortopedico o di altra chirurgia	
<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 <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	Lesioni da decubito? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Multiple? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si  <b><u>Staging decubiti (del più grave)</u></b> <input type="checkbox"/> Superficiale <input type="checkbox"/> Limitato al sottocute <input type="checkbox"/> Profondo (necrosi e/o ulcerazione muscolare o del periostio)	Intervento ortopedico/chirurgico 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

<b>Prima del recente ricovero ospedaliero o, se il pz si trova al domicilio, sino ad un anno fa, il pz:</b>	<b>Il pz è affetto da deficit cognitivo</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<b>Disturbi comportamentali e sintomi psichici</b>
<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	La diagnosi risale a: <input type="checkbox"/> meno di 3 mesi <input type="checkbox"/> meno di un anno <input type="checkbox"/> più di un anno	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI • da mesi _____ • da anni _____
<b>Ricoveri per patologia psichiatrica</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<b>Storia di Tentato Suicidio</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	

## STATO MENTALE E FUNZIONALE ATTUALI

### Capacità comunicative e collaborazione

<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.
---	---	---

## ATTUALI CAPACITA' FUNZIONALI DEL PAZIENTE

Alimentazione	Trasferimenti letto carrozzina	Deambulazione
<input type="checkbox"/> Indipendente <input type="checkbox"/> Ha bisogno di aiuto <input type="checkbox"/> Deve essere imboccato	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Necessario aiuto di una persona <input type="checkbox"/> Dipendente da due persone <input type="checkbox"/> Necessita di disposit. elevatore	<input type="checkbox"/> Cammina da solo <input type="checkbox"/> Cammina con aiuto <input type="checkbox"/> Non cammina <input type="checkbox"/> Non valutabile (Carico non concesso)
<b>Il paziente potrebbe sostenere la frequenza in un Day-Hospital?</b>		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
<b>Il paziente può muoversi con i mezzi propri</b>		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

Timbro e Firma del Medico richiedente: Dr. \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Nel ruolo di :     Medico di Medicina Generale                       Medico Spec. Ambulatoriale  
 Medico Spec. Ospedaliero     Medico RSA

***Si ricorda, per i pazienti degenti in reparti ospedalieri o di riabilitazione, di allegare il P.R.I. (Progetto Riabilitativo Individuale) come la normativa Regionale impone.***

*(Spazio da compilare a cura della Commissione di Valutazione Interna)*

Domanda consegnata il: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_                      Valutaz domanda il: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Si ritiene necessario/non necessario approfondimento per: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

In base alla valutazione della domanda si ritiene appropriata l'ammissione alla seguente area di intervento:

Riab. Specialistica     Riab Generale e Geriatrica (  Nucleo Mal. Alzheimer)     DH Spec.     DH Gen.Ger.

Riab. di Reinserimento     Ciclo Diurno Cont.     Tratt. Ambulat.; per giorni : \_\_\_\_\_ (DRG: \_\_\_\_\_)

Si ritiene la richiesta non appropriata, perché \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_