



**Azienda di Servizi alla Persona**  
**“GOLGI – REDAELLI”**  
 ISTITUTO GERIATRICO “P. REDAELLI”  
 DIREZIONE MEDICA

Via G. Leopardi, 3 – 20090 Vimodrone  
 tel. 02.250321, fax 02.2501703  
 Direttore Medico: dott. Antonino Frustaglia

Data compilazione della domanda: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Medico Proponente.....

Ospedale.....Rep.....

Tel. ....

**DOMANDA DI RICOVERO IN RIABILITAZIONE**

In regime residenziale

In regime di day hospital

Gent. Dr. ssa /Dr.

La presente relazione sanitaria è un importante strumento di informazione che ci consentirà di orientare il bisogno del Tuo assistito verso il servizio più appropriato. La compilazione chiara e completa di questo documento ci permette di rispondere, nel tempo più breve possibile, alla domanda presentata. Ti ringraziamo sin da ora per la collaborazione che ci potrai offrire.

del/la Sig./a.....Età ..... Sesso F  M   
 Comune di residenza.....Provincia.....  
 Via.....N°.....  
 Recapito Telefonico dell'interessato.....  
 Persona di riferimento 1).....Tel.....  
 (grado di parentela) 2).....Tel.....

**DIAGNOSI DELL'EVENTO INDICE (O MORBOSO) PER IL QUALE SI CHIEDE IL RICOVERO :**

insorta il (quando è evidente l'evento indice) ...../...../..... (cod. DRG.....)

In caso di INTERVENTO CHIRURGICO citare quale.....  
 .....data dell'intervento .....

Evento patologico occorso da  meno di 3 mesi  meno di 6 mesi  più di 6 mesi  
 più di 1 anno fa

**OBIETTIVO RIABILITATIVO**.....  
**PATOLOGIE ASSOCIATE**.....

**TERAPIA IN CORSO**.....

**ALLERGIE** .....

**TERAPIE PARTICOLARI IN CORSO** (trattamenti farmacologici endovena, antibiotici a dispensazione solo ospedaliera, integrazioni nutrizionali via PEG, presenza di catetere venoso centrale, O2 terapia, ecc.) .....

**Lesioni da decubito:** No Si / Multiple ? No Si /

Superficiali  Profonde  Necrosi

**Attualmente il paziente si trova:**

al proprio domicilio  in ospedale  in rep. riabilit. Specialistica   
 in rep. riabilit. Generale e geriatrica  in rep. riabilit. Mantenimento  in RSA

**Livello di stabilità delle condizioni cliniche**

- Problemi medici stabilizzati che non richiedono un monitoraggio medico/inferm. più di una volta ogni 3 mesi  
 Necessità di controllo medico inferm. 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/inferm.: una volta/settimana.  
 I problemi medici richiedono cure medico/inferm. intensive, almeno giornaliere (escludendo la sola assistenza alla persona)

ANAMNESI SOCIALE E FUNZIONALE		
<b>Prima del recente ricovero ospedaliero, oppure, se il pz. si trova al domicilio, sino ad un anno fa:</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	<b>Il paziente è affetto da demenza?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si 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	<b>Disturbi comportamentali e sintomi psichiatrici</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si se SI, da quanto tempo: <input type="checkbox"/> da mesi _____ <input type="checkbox"/> 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 alle 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		
<b>Alimentazione</b> <input type="checkbox"/> Indipendente <input type="checkbox"/> Ha bisogno di aiuto <input type="checkbox"/> Deve essere imboccato	<b>Trasferimenti letto carrozzina</b> <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Necessario aiuto di una persona <input type="checkbox"/> Dipendente da due persone <input type="checkbox"/> Necessita di dispositivo elevatore	<b>Deambulazione</b> <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 di 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		

**HA GIA' FATTO NELL'ANNO ALTRI RICOVERI RIABILITATIVI ?** SI  NO   
 Se SI', quali e data.....  
 .....

**HA GIÀ USUFRUITO DEI SERVIZI RIABILITATIVI DI QUESTA STRUTTURA?** SI  NO   
 Se SI', quale, per quale motivo e data.....  
 .....

**Firma e timbro del medico che propone il ricovero: Dr.** \_\_\_\_\_

MMG  ; Medico Specialista ambul.  ; Medico RSA  ; Medico Osp.

**Tel.** \_\_\_\_\_