

<b>RICHIESTA DI PRESA IN CARICO IN RIABILITAZIONE</b>	 Azienda di Servizi alla Persona "GOLGI - REDAELLI" ISTITUTO GERIATRICO "P. REDAELLI" Via Bartolomeo d' Alviano, 78 - 20146 Milano Tel 02.413151 - fax 02.4120871	MOD 05_01  <b>Rev. 02 del 06/08/12</b>  <b>Pag. 1 / 3</b>
---	--	---

Data compilazione domanda \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### RICHIESTA DI PRESA IN CARICO IN RIABILITAZIONE

**Gentile Collega, la presente relazione sanitaria rappresenta un importante strumento di informazione che ci consentirà di orientare il bisogno del suo assistito verso il servizio più appropriato. La compilazione deve essere chiara e completa. Se il paziente proviene da Ospedale deve essere presentato il P.R.I. (o relazione fisiatrica), se proviene da domicilio dovrà effettuare una visita di pre-accettazione con event. pagam.ticket.**

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

Diagnosi dell'evento indice per il quale si chiede il ricovero : \_\_\_\_\_

Insorta 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 o 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? No Si Multiple? No Si  <b>Staging decubiti (del più grave)</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

**Prima del recente ricovero ospedaliero, o sino ad un anno fa, se si trova al domicilio, il paziente:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Usciva di casa da solo                          | <input type="checkbox"/> Al domicilio si spostava con aiuto di una o più persone |
| <input type="checkbox"/> Era indipendente solo nell'ambito del domicilio | <input type="checkbox"/> In carrozzina o allettato                               |

**Storia di tentati suicidi**  No  Si; **In cura presso Servizi Psichiatrici**  No  Si; **Storia di Etilismo**  No  Si

### Capacità comunicative e collaborazione

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Può comunicare su tutti i problemi personali   | <input type="checkbox"/> collabora alle manovre della visita     |
| <input type="checkbox"/> Risponde soltanto a domande semplici           | <input type="checkbox"/> Ha difficoltà a collaborare alla visita |
| <input type="checkbox"/> La comunicazione è molto compromessa o assente | <input type="checkbox"/> Non collabora alla visita               |

**Il paziente è affetto da demenza?**  No  Si **la diagnosi risale a:**  >3mesi  >1 anno  > 1 anno

**Disturbi comportamentali e sintomi psichici**  NO  SI, **da quanto tempo:**  vari giorni  mesi  anni

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Deliri (persecutori, di gelosia, ecc)<br><input type="checkbox"/> Allucinazioni<br><input type="checkbox"/> Vagabondaggio o si perde fuori casa<br><input type="checkbox"/> Agitazione notturna<br><input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia<br><input type="checkbox"/> Aggressività verso sé e/o gli altri<br><input type="checkbox"/> Urla o lamentazioni o vocalismi<br><input type="checkbox"/> Negli ultimi 6 mesi sono stati usati mezzi di protezione fisica | <p><b>Confusione</b></p> <input type="checkbox"/> Completamente confuso, personalità destrutturata<br><input type="checkbox"/> Confuso e non si comporta in certe situazioni come dovrebbe<br><input type="checkbox"/> Incerto e dubbioso, nonostante sia orientato nel tempo/spazio<br><input type="checkbox"/> Pensa in modo chiaro, tiene normali contatti con l'ambiente <p><b>Irritabilità</b></p> <input type="checkbox"/> Qualsiasi contatto è causa di irritabilità<br><input type="checkbox"/> Mostra ogni tanto segni di irritabilità,<br><input type="checkbox"/> Non mostra segni di irritabilità <p><b>Irrequietezza</b></p> <input type="checkbox"/> Incapace di stare fermo, tocca gli oggetti a portata di mano<br><input type="checkbox"/> Si agita e gesticola durante la conversazione<br><input type="checkbox"/> Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria |
|--|---|

### 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

Firma e Timbro del Medico che propone il ricovero: Dr. \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

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