



A.S.P. "GOLGI - REDAELLI "

ISTITUTO "Camillo Golgi" - ABBIATEGRASSO

Dir. Medico Dr. A. Ceretti Tel. 02948521 Fax 0294852921

PROPOSTA DI RICOVERO IN DAY HOSPITAL

MEDICO CURANTE	Dr. _____	Tel. _____
	Orario preferenziale per contatti telefonici :	
	Indirizzo di posta elettronica :	

Sig/a _____ Anni _____ Sesso: F M

Malattia o problema che motiva la richiesta di ricovero _____

_____ Insorta il _____

Malattie concomitanti _____

Obiettivi riabilitativi perseguibili _____

Ricoveri Riabilitativi negli ultimi 12 mesi NO SI dove _____

Giudizio sulla 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 :	

ANAMNESI SOCIALE E FUNZIONALE

Anamnesi Sociale	Autonomia motoria	Memoria
<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"/> Esce di casa da solo <input type="checkbox"/> E' indipendente solo nell'ambito del domicilio <input type="checkbox"/> Al domicilio si sposta 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

STATO MENTALE E FUNZIONALE ATTUALI

Capacità comunicative e collaborazione	Disturbi comportamentali e sintomi psichici
<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"/> Ansia / Depressione <input type="checkbox"/> Altro _____ <input type="checkbox"/> Disturbi dell'orientamento _____ <input type="checkbox"/> Agitazione _____ <input type="checkbox"/> Aggressività _____

MOTIVI D'URGENZA

NB.= ALLEGARE SEMPRE PRESCRIZIONE SU RICETTARIO REGIONALE S.S.N.

Data ____/____/____ Timbro e firma del medico _____

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

- a) fotocopia tessera sanitaria
- b) fotocopia tessera di esenzione (per patologia, per invalidità,.....)
- c) fotocopia della Carta di Identità
- d) fotocopia del Codice Fiscale
- e) impegnativa regionale del medico curante (se ricoverato in ospedale, del medico di reparto) per ricovero in D.H. c/o Istituto Golgi

L'AMMISSIONE E' SUBORDINATA ALL'AUTORIZZAZIONE DEL MEDICO RESPONSABILE DEL SERVIZIO

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome Nome _____

Data e Luogo di nascita _____

Stato Civile _____

Residenza (via/città) _____

Tessera Sanitaria : _____

Esenzione (Invalidità Civile / Patologia) : _____

Codice Fiscale : _____

Carta di Identità : _____

Parenti: (cognome/nome - indirizzo - telefono)

1) _____

2) _____

Riservato all'Ufficio Accoglienza

<i>data contatto</i>	<i>persona di riferimento</i>	<i>motivo contatto</i>	<i>risposta</i>	<i>ufficio accoglienza</i>
----------------------	-------------------------------	------------------------	-----------------	----------------------------
