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**	
❑ Nessuna ❑ Nutrizione parenterale ❑ Nutrizione per sondino NG ❑ Nutrizione enterale, PEG ❑ Ossigenoterapia ❑ Emodialisi ❑ Dialisi peritoneale ❑ Radioterapia ❑ Ossigenoterapia iperbarica ❑ Ventilazione polmonare ❑ Altro (specificare)	Lesioni da decubito? □ No □ Si Multiple? □ No □ Si **Staging decubiti (del più grave)** ❑ Superficiale ❑ Limitato al sottocute ❑ Profondo (necrosi e/o ulcerazione muscolare o del periostio)	Intervento ortopedico/chirurgico di: Eseguito il:	
Stato Nutrizionale ❑ Adeguato ❑ Obesità ❑ Malnutrizione	**Altre Medicazioni (specificare)**	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:	
❑ Usciva di casa da solo	❑ Al domicilio si spostava con aiuto di una o più persone
❑ Era indipendente solo nell'ambito del domicilio	❑ 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	
❑ Può comunicare su tutti i problemi personali	❑ collabora alle manovre della visita
❑ Risponde soltanto a domande semplici	❑ Ha difficoltà a collaborare alla visita
❑ La comunicazione è molto compromessa o assente	❑ 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	
	Confusione
	❑Completamente confuso, personalità destrutturata
❑Deliri (persecutori, di gelosia, ecc)	❑Confuso e non si comporta in certe situazioni come dovrebbe
❑Allucinazioni	❑Incerto e dubbioso, nonostante sia orientato nel tempo/spazio
❑Vagabondaggio o si perde fuori casa	❑Pensa in modo chiaro, tiene normali contatti con l'ambiente
❑Agitazione notturna	**Irritabilità**
❑Inversione ritmo sonno-veglia	❑Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
❑Aggressività verso sé e/o gli altri	❑Mostra ogni tanto segni di irritabilità,
❑Urla o lamentazioni o vocalismi	❑Non mostra segni di irritabilità
❑Negli ultimi 6 mesi sono stati usati mezzi di protezione fisica	**Irrequietezza**
	❑Incapace di stare fermo, tocca gli oggetti a portata di mano
	❑Si agita e gesticola durante la conversazione
	❑Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria

ATTUALI CAPACITA' FUNZIONALI DEL PAZIENTE		
Alimentazione	**Trasferimenti letto carrozzina**	**Deambulazione**
❑ Indipendente	❑ Autonomo	❑ Cammina da solo
❑ Ha bisogno di aiuto	❑ Necessario aiuto di una persona	❑ Cammina con aiuto
❑ Deve essere imboccato	❑ Dipendente da due persone	❑ Non cammina
	❑ Necessita di disposit. elevatore	❑ Non valutabile (Carico non concesso)
Il paziente potrebbe sostenere la frequenza in un Day Hospital?		❑ NO ❑ SI
Il paziente può muoversi con i mezzi propri		❑ NO ❑ 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