

MODULO RICHIESTA POSTO LETTO per TRASFERIMENTO in
MEDICINA RIABILITATIVA INTENSIVA (Cod. 56-75-28) e LUNGODEGENZA (Cod.60)

P.O.

U.O. richiedente:

Cod. disciplina

Tel:

e-mail:

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome

Nome

Luogo di nascita

Data di nascita

Residenza

Domicilio

Nazionalità

☐ Italiana☐ EU☐ Extracom.

Sesso

☐ maschio☐ femmina

Stato Civile

☐ celibe/nubile☐ coniugato/a o convivente☐ separato/a o divorziato☐ vedovo/a☐ non dichiarato

Codice Fiscale

Familiare di riferimento (o Caregiver):

Cognome

Nome

TEL:

Amm.re di Sostegno:

☐ Sì☐ No

Cognome

Nome

TEL:

Tutore Legale:

☐ Sì☐ No

Cognome

Nome

TEL:

Fiduciario:

☐ Sì☐ No

Cognome

Nome

TEL:

D.A.T. :

☐ Sì☐ No

Cognome

Nome

TEL:

DIAGNOSI

COD. ICD 9:

SINTESI CLINICA

STATO FUNZIONALE PRE-EVENTO Indice (score Rankin)

DEMENZA

☐ No☐ Sì

MALATTIA ONCOLOGICA

☐ No☐ Sì

DISABILITÀ CRONICA

☐ No☐ Sì

INSUFFICIENZA CARDIACA

☐ No☐ Sì

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA

☐ No☐ Sì

O2 TERAPIA

☐ No☐ Sì

TRACHEOSTOMIA

☐ No☐ Sì

VENTILAZIONE MECCANICA

☐ No☐ Sì

INSUFFICIENZA RENALE

☐ No☐ Sì

DIALISI

☐ No☐ Sì

NECESSITA' di ISOLAMENTO

☐ No☐ Sì

INFEZIONI IN ATTO

☐ No☐ Sì

SPECIFICARE

INDICATORI di COMPLESSITA'

RIDUZIONE DELLA VIGILANZA

☐ No☐ Sì

DELIRIUM

☐ No☐ Sì

DEPRESSIONE

☐ No☐ Sì

DOLORE

☐ No☐ Sì

MALNUTRIZIONE

☐ No☐ Sì

SONDINO NG/PEG

☐ No☐ Sì

ULCERA DA PRESSIONE

☐ No☐ Sì

CATETERE

☐ No☐ Sì

NPT

☐ No☐ Sì

CATETERE VENOSO CENTRALE

☐ No☐ Sì

MOBILITÀ

Autonomo

☐

Parzialmente dipendente

☐

Totalmente dipendente

☐

Ausili

☐

TERAPIA in ATTO

CONSULENZA FISIATRICA (ALLEGATA)

SETTING INDICATO IN CONSULENZA FISIATRICA

RIABILITATIVA

Cod. 28 ☐

Cod. 56

☐

Cod. 75 ☐

LUNGODEGENZA

Cod. 60 ☐

PREFERENZE (NON VINCOLANTI)

DATA __/__/__

IL DIRIGENTE MEDICO

FIRMA DEL PAZIENTE

**FIRMA DEL FAMILIARE DI RIFERIMENTO
(O CAREGIVER)**

AMM.RE DI SOSTEGNO

TUTORE LEGALE

FIDUCIARIO

D.A.T.

Infermiere
