



**SAN GIACOMO**

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO  
U.O. di Medicina Riabilitativa Intensiva ed Estensiva  
Casa di Cura Privata S. Giacomo S.r.l.  
Via San Bono, 3 - 29028 Ponte dell'Olio (PC)  
tel. 0523 871 811 fax 0523 878 908  
C.F., P. IVA e iscr. RI 00211100334  
http://: www.san-giacomo.it  
E-mail:info@san-giacomo.it

**MODULO DI PROPOSTA DI RICOVERO**

PER VALIDITÀ DI FIRMA  
NON INVIARE VIA E-MAIL  
MA TRAMITE FAX AL  
**N°0523.878908**  
Farà fede la data di ricevimento

Egregio Collega, per proporre il ricovero di un Tuo assistito presso questo Ospedale Privato ti chiediamo di compilare tale modulo, **in stampatello leggibile**, scusandoci per l'ulteriore aggravio lavorativo; ciò ottempera alle disposizioni normative ed agli accordi locali con l'AUSL.  
**(Barrare le caselle relative)**

Proposta di ricovero per  riabil. INTENSIVA  riabil. ESTENSIVA  DAY HOSPITAL

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ SESSO M  F

RESIDENZA: \_\_\_\_\_ DATA NASCITA ..... /...../.....

TELEFONO DEL PAZIENTE E/O PARENTE (campo obbligatorio) \_\_\_\_\_

PATOLOGIA DA RIABILITARE (campo obbligatorio) \_\_\_\_\_

ESORDIO PATOLOGIA (campo obbligatorio) \_\_\_\_\_

PATOLOGIE ASSOCIATE: \_\_\_\_\_

aree di disabilità:  motoria  comunicativa  cognitivo-comportamentale

IL PAZIENTE E' RICOVERATO (indicare ospedale e reparto di degenza.....)

IL PAZIENTE E' AL DOMICILIO (dimesso da reparto per acuti il.....)

**Barrare se interessati a servizi alberghieri aggiuntivi, lasciando qui di seguito un vostro numero di telefono privato (Tel.....)**

**Informazioni Cliniche**

vigilanza indenne  SI  NO

collaborazione  SI  NO

possibilità di apprendimento  SI  NO

funzioni vitali di base  SI  NO

stabilità internistica  SI  NO

preced. patol. psichiatriche  SI  NO

possibilità di spostamento  deambula

autonomia antecedente  completa

respirazione assistita  SI  NO

dipendenza da sost. o farmaci  SI  NO

presenza di cannula tracheale  SI  NO

continenza per le urine  SI  NO

presenza di catetere vescicale  SI  NO

continenza per le feci  SI  NO

nutrizione : parenterale  SI  NO

con sonda  SI  NO

per os assistita  SI  NO

per os autonoma  SI  NO

diete speciali  SI  NO

(se SI, specificare) \_\_\_\_\_

in carrozzina  allettato

semidipendente  dipendente

Aspettative funzionali perseguibili con la rieducazione \_\_\_\_\_

Terapia in atto (campo obbligatorio) \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_ **Il Medico Richiedente**  
..... (firma, timbro, cod. regionale).....

*N.B.: Non verranno accettate le proposte sprovviste del timbro del medico e/o struttura sanitaria*

Giudizio di appropriatezza per il seguente setting riabilitativo per:  Riab. Intensiva post acuta  Day Hospital  
 Riab. Intensiva elettiva  Non appropriato  
 Riab. Estensiva

Classe di priorità **A** **B** **C** **D** Provenienza **Regione** **Fuori Regione**

Motivo della NON APPROPRIATEZZA.....

Data della valutazione di appropriatezza..... Il Direttore Sanitario.....