

**SAN GIACOMO**

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

U.U.F.F. Omnicomprensive di Medicina Fisica e Riabilitativa
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

INVIARE VIA E-MAIL
(ricoveri@san-giacomo.it)
O TRAMITE FAX AL N°0523.878908
Farà fede la data di ricevimento

Egregio Collega, per proporre il ricovero di un Tuo assistito presso questo Centro Riabilitativo ti chiediamo di compilare questo modulo in STAMPATELLO LEGGIBILE. Non potranno essere presi in considerazione i moduli non compilati in modo completo. Ti chiediamo di inoltrare tale richiesta tramite FAX al n° **0523878908** oppure MAIL all'indirizzo **ricoveri@san-giacomo.it**

| | | |
|--|---|--|
| Cognome | Nome | Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Luogo di nascita | Data di nascita | |
| Luogo di residenza | Via | |
| <input type="checkbox"/> attualmente ricoverata/o presso | Riferimento telefonico del Reparto | |
| <input type="checkbox"/> attualmente al domicilio | Riferimento telefonico del familiare | |

vive sola/o vive con i familiari vive con badante vive in struttura protetta

| | |
|---|---|
| Patologia per cui viene richiesto il trattamento riabilitativo | |
| Esordio della stessa in data: | si richiede ricovero in regime <input type="checkbox"/> ordinario <input type="checkbox"/> day hospital |
| Patologie associate | |
| Allergie/Intolleranze | |

| ADL | autonomia | parz. dipendenza | totale dipendenza | VIGILANZA | STATO COGNITIVO |
|----------------------|-----------|------------------|-------------------|---|--|
| Assunzione dei pasti | | | | <input type="checkbox"/> Indenne | <input type="checkbox"/> Indenne |
| Igiene/abbigliamento | | | | <input type="checkbox"/> Rallentamento IM | <input type="checkbox"/> Deterioramento |
| Cambi di postura | | | | <input type="checkbox"/> Ridotta responsività | <input type="checkbox"/> Confusione/delirium |
| Cammino | | | | <input type="checkbox"/> Stato soporoso | <input type="checkbox"/> Afasia |
| Continenza | | | | <input type="checkbox"/> Coma | <input type="checkbox"/> Non valutabile |
| Uso di carrozzina | | | | | |

BISOGNI SANITARI

| | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ossigenoterapia | <input type="checkbox"/> CVC | <input type="checkbox"/> PEG | <input type="checkbox"/> lesioni da decubito |
| <input type="checkbox"/> cannula tracheostomica | <input type="checkbox"/> sonda nasogastrica | <input type="checkbox"/> catetere vescicale | <input type="checkbox"/> isolamento |

Carico su arti inferiori concesso SI NO

Farmacoterapia in atto.....

Attuali obiettivi riabilitativi.....

Data..... **Il Medico richiedente (timbro e firma)**.....

| | | |
|---|---|--|
| Giudizio di appropriatezza per il seguente setting riabilitativo per: | <input type="checkbox"/> Riab. Intensiva post acuta | <input type="checkbox"/> Day Hospital |
| | <input type="checkbox"/> Riab. Intensiva elettiva | <input type="checkbox"/> Non appropriato |
| | <input type="checkbox"/> Riab. Estensiva | |
| Classe di priorità A B C D | Provenienza Regione Altra Regione | |
| Motivo della NON APPROPRIATEZZA..... | | |
| Data della valutazione di appropriatezza..... | Il Direttore Sanitario..... | |