

**RICHIESTA TRASFERIMENTO IN UOC di RIABILITAZIONE INTENSIVA OSPEDALIERA
IRCCS-INRCA POR ANCONA**

Sezione da compilare a cura dell'Unità Operativa richiedente

UO RICHIEDENTE:

DATA

Contatti UO: richiedente

La dimissione è prevista per il giorno:

DATI DEL PAZIENTE

COGNOME				NOME			
Data di nascita	Luogo di nascita				Prov.		
Domicilio	Prov.		Via				
Condizione abitativa: Vive solo	Con familiari autonomi		Con familiari non autonomi				
Familiare/Caregiver di riferimento:							
Cognome			Nome				
Recapito telefonico							
PATOLOGIA OGGETTO DEL RICOVERO:							
Data esordio problema clinico (data ricovero):				Intervento Chirurgico: Si		No	
Tipo intervento chirurgico:							
Data intervento chirurgico:				Divieto carico: Si:		No:	
Eventuale carico differito a:				gg			
ULCERE TROFICHE/DA PRESSIONE: SEDE				STADIO I		II III IV	
ULCERE TROFICHE/DA PRESSIONE: SEDE				STADIO I		II III IV	
ULCERE TROFICHE/DA PRESSIONE: SEDE				STADIO I		II III IV	
ALLERGIE SI NO QUALI							
BRONCOASPIRAZIONE? SI NO							
DIALISI? SI NO							
MISURE DA CONTATTO? SI NO							
MISURE DI ISOLAMENTO? SI NO							

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO

<i>Terapia</i>	<i>dosaggio</i>	<i>Via di somministrazione</i>	<i>Terapia</i>	<i>dosaggio</i>	<i>Via di somministrazione</i>

FIRMA RESPONSABILE U.O.

Richiesta **ricovero ospedaliero** in:

COD. 28 COD.75 COD. 56

DIAGNOSI FUNZIONALE PREVALENTE

SCALE DI VALUTAZIONE

AUTONOMIA PREMORBOSA (indicare il livello di autonomia precedente il ricovero) Punteggio Scala di Rankin:

AUTONOMIA ATTUALE Punteggio Scala di Rankin:

RCS: punteggio complessivo

Note:

CONDIZIONE CLINICO FUNZIONALE ATTUALE

COLLABORAZIONE TOTALE PARZIALE ALTERNANTE ASSENTE

COMPrensione TOTALE PARZIALE ALTERNANTE ASSENTE

AGITAZIONE PSICOMOTORIA SI NO

PAZIENTE POST COMATOSO SI GCS (punteggio) NO

PAZIENTE POST MIELOLESIONE SI ASIA score (classe) NO

ALIMENTAZIONE: AUTONOMO NON AUTONOMO (da imboccare) DIETA LIBERA DIETA MODIFICATA

CONTINENZA SFINTERICA: SI PANNOLONE CATETERE VESCICALE

VENTILAZIONE: AUTONOMA ASSISTITA

PRESIDI:

CVC tracheostomia urostomia enterostomia drenaggio chirurgico O₂ terapia lt/min

SNG NPT PEG altro

CONTROLLO TRONCO TOTALE PARZIALE ASSENTE

STAZIONE ERETTA SI SI, CON AUSILI NO

DEAMBULAZIONE: AUTONOMO RICHIEDE AUSILIO/SUPERVISIONE NON DEAMBULANTE

DATA VALUTAZIONE SPECIALISTICA

FIRMA MEDICO SPECIALISTA
