



U.O. Riabilitazione Specialistica
Presidio Ospedaliero di Lonato
Direttore : Dr. F. Pezzali
Tel. 030.9139.405; Fax : 030.9139.444 - 482

PROPOSTA DI RICOVERO RIABILITATIVO

Cognome Nome.....	Sesso	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Data nascita.....
Cod.Fisc.....				
TESSERA SANITARIA.....				
Comune di Residenza.....		Stato civile		
Vive con: <input type="checkbox"/> coniuge; <input type="checkbox"/> figli; <input type="checkbox"/> badante ; <input type="checkbox"/> solo Segnalato Servizi Sociali: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Famigliare/Persona di riferimento e Telefono				

Ricoverato dal Struttura e reparto.....

.....Telefono di Reparto.....

DIAGNOSI PRINCIPALE:.....

.....

COMA NO SI PUNTEGGIO GCS : _____

COMORBILITA' ATTIVE (rispetto al motivo del trasferimento in Riabilitazione):

.....

.....

.....

Infezioni in atto da Clostridium o germe resistente MSA : Si No

Dimissibile dal..... MEDICO PROPONENTE.....

Scala di Instabilità clinica (S.I.C.)		
0	STABILE	Senza particolari problemi o che necessita di monitoraggio clinico(visita medica e/o esami) ad intervalli >60 giorni
1	MODERATAMENTE STABILE	Con problemi che necessitano per il loro controllo di monitoraggio clinico ad intervalli di 30 - 60 giorni
2	MODERATAMENTE INSTABILE	Con problemi che necessitano per il loro controllo di monitoraggio clinico più volte al mese,
3	INSTABILE	Con problemi che necessitano per il loro controllo di monitoraggio clinico non programmabile: una o più volte settimana ma non quotidiano
4	ALTAMENTE INSTABILE	Con problemi che necessitano per il loro controllo di monitoraggio clinico quotidiano
5	ACUZIE	Con problemi che necessitano per il loro controllo di monitoraggio clinico pluri-quotidiano

AUSILI in uso:

- SNG PEG CVC tipo e data
 posizionamento.....
- VENTILAZIONE ASSISTITA..... OSSIGENOTERAPIA.....
- TRACHEOCANNULA tipo e data.....

Lesioni da decubito: NO SI Stadio e
 sede.....

Deficit cognitivi: NO SI (MMSE.....) **Disturbi comportamentali:** NO SI

Carico: NO SI PARZIALE AUSILI

.....

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO:

.....

.....

.....

.....

SCALA RANKIN MODIFICATA

RANKIN anamnestica (disabilità)	0	1	2	3	4	5
RANKIN attuale (disabilità)	0	1	2	3	4	5
<p>0: Nessuna sintomatologia ; 1 : Nessuna disabilità significativa nonostante i sintomi , è in grado di svolgere tutte le attività e i compiti abituali ; 2 : Disabilità lieve , non riesce più a svolgere tutte le attività precedenti , ma è autonomo nel camminare e nelle attività della vita quotidiana ; 3 : Disabilità moderata , richiede qualche aiuto nelle attività della vita quotidiana , ma cammina senza assistenza ; 4 : Disabilità moderatamente grave : non è più in grado di camminare senza aiuto né di badare ai propri bisogni ; 5 : Disabilità grave , costretto a letto , incontinente e bisognoso di assistenza infermieristica e di attenzione costante .</p>						

Data compilazione **Qualifica e firma dei compilatori**.....

A CURA DELLA STRUTTURA RIABILITATIVA

Accettato SI ; NO: motivazione.....

Data.....

Firma e timbro del Medico