

COGNOME – NOME

LUOGO DI NASCITA **DATA DI NASCITA**

INDIRIZZO

Diagnosi principale e secondarie

.....

Menomazioni

.....

Cute (decubiti)	No	Si		
Respirazione	Naturale	Cannula	Intubazione	
Alimentazione	Per os	Sondino	PEG	CVC
Catetere vesc.	No	Si		
Gessi, valve,FEA	No	Si		

DISABILITÀ	Autonomo	Parz Autonomo	Non autonomo
Cura di Sé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controllo sfinterico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilità a letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilità nel trasferimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunicazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collaborazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Problematiche Sociali No Si

(specificare).....

Data di presentazione **Medico Proponente**.....

Provenienza:

- Trasferimento interno (specificare U.O./Area di provenienza)
- OC Rovigo (indicare UO)..... tel.....
- Altra Struttura tel
- Domicilio tel

Tipo di Intervento

- Trattamento Omnicomprensivo
- Ricovero di Valutazione (specificare)

Classe di priorità di ricovero A (entro 30 gg) B (Sec. Allegato A DGR 2227/02) C (Sec. Allegato A DGR 2227/02)

Indicato Trattamento in regime Intensivo (56) Estensivo (60)

Durata presunta di ricovero 60 gg (MDC 1) 40 gg (R.E) 25 gg (MDC 8)
 20 gg (MDC 4-5) 15 gg (altre MDC)

Data presunta di dimissione

Note e indicazioni sul progetto riabilitativo

.....

Data di valutazione **Medico di Struttura**

RIFERIMENTI:

AREA RIABILITATIVA CASA DI CURA PRIVATA "CITTÀ DI ROVIGO" – FAX 0425/426215 - U.O. 1 Tel. 0425/426231 U.O. 2 Tel. 0425/426219