

SCHEDA PROPOSTA DI PRESA IN CARICO

DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE		
Cognome e Nome		Cod. fiscale
Data di nascita	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	TEL
Residenza		

PROVENIENZA

- Presidio Osp. AULSS 5 (Rovigo-Adria-Trecenta)
- CdC Madonna della Salute Porto Viro
- Amb. Specialistico Fisiatrico CdC Città di Rovigo
- Altre strutture sanitarie

MEDICO PROPONENTE Unità operativa

Data di proposta.....Presa in carico riabilitativa : possibile subito possibile dal.....

Numero telefonico di contatto

DIAGNOSI PRINCIPALE:

.....

DIAGNOSI SECONDARIA E COMORBILITA':

.....

Problematiche socio-famigliari: no non note si (specificare)

Invalidità civile: no si avviata richiesta non noto

Livello autonomia pre-evento: autonomo parz. autonomo non autonomo non noto

Care-giver di riferimento: coniuge figlio/a altro familiare altra persona non noto

QUADRO CLINICO/FUNZIONALE :

Livello collaborazione: collaborante parzialmente collaborante non collaborante

Capacità di comunicazione: autonomo parzialmente autonomo non autonomo

Alterazioni comportamentali
(es. agitazione, delirium) si no

Eventuali controlli programmati:

- NO
 SI :
- Vis. Specialistica.....
 Laboratorio.....
 Es. strumentali radiologici
 Altro.....

Eventuali procedure diagnostico/terapeutiche programmate:

- NO
 SI :
- mediche.....
 chirurgiche.....

BARTHEL INDEX	AUTONOMO	PARZ. AUT.	NON AUT.
Nutrirsi	10	5	0
Fare il bagno		5	0
Cura di sè		5	0
Vestirsi/svestirsi	10	5	0
Controllo sfinterico intestinale	10	5	0
Controllo sfinterico vescicale	10	5	0
Trasferimenti nel bagno	10	5	0
Trasferimento sedia/letto e ritorno	10	5	0
Deambulazione su terreno piano (oppure carrozzina)	10	5	0
Salire e scendere le scale	10	5	0
PUNTEGGIO TOTALE	/100		

CUTE: les. decubito	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
VENTILAZIONE	Autonoma <input type="checkbox"/>	O2 terapia <input type="checkbox"/> Lt/min..... Cannula trach. <input type="checkbox"/> n./tipo:
ALIMENTAZIONE	Per os normale <input type="checkbox"/>	Per os modificata <input type="checkbox"/>
	PEG <input type="checkbox"/> Data posiz.	SNG <input type="checkbox"/> Data posiz.
	Parenterale <input type="checkbox"/>	
VESICICA	Autonomo-continente <input type="checkbox"/>	Urinal condom <input type="checkbox"/>
	Disp. assorb. <input type="checkbox"/>	Catetere <input type="checkbox"/> Data posiz.
	Catet. interm. <input type="checkbox"/>	
ACCESSI VENOSI	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>
		Tipo : Periferico <input type="checkbox"/>
		PICC-Midline <input type="checkbox"/>
		CVC <input type="checkbox"/>
		Data posizionam.
GESSI, VALVE, FEA	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>
	Indicare quale.....	
ALTRO (medicazioni complesse, gestione stomie, medicazione decubiti....)		
.....		
.....		

Allegare scheda di terapia

RIFERIMENTI: E-MAIL: richieste.ricovero@cittadirovigo.it

AREA RIABILITATIVA CASA DI CURA PRIVATA "CITTÀ DI ROVIGO" – TELEFONO 0425/426288 – FAX 0425/426215