



Inviare la richiesta alla mail:
richieste.ricovero@cittadirovigo.it
Contatti telefonici: 0425 426288
0425 426231
0425 426131



PER ESSERE VALUTATE LE DOMANDE DI RICOVERO DOVRANNO ESSERE COMPILATE IN TUTTE LE PARTI, IN CASO CONTRARIO NON VERRANNO PRESE IN CARICO.
IN CASO DI RICHIESTA DI RICOVERO RIABILITATIVO E' NECESSARIO ALLEGARE IL REFERTO DI UNA CONSULENZA FISIATRICA.

DATI ANAGRAFICI

Cognome Nome..... M F
Data di nascita.....
Comune di residenza.....Prov.....
Care giver principaletel:.....
 Il domicilio è diverso dalla residenza
Cittadinanza italiana SI NO, se no specificare.....
Il paziente è in possesso di: STP TEAM Altra copertura assicurativa
Con scadenza il.....

REPARTO.....

Medico di riferimento.....TEL.....

Referente Sanitario..... TEL.....

MAIL.....

RICHIEDE DISPONIBILITA' DI POSTO IN:

- Riabilitazione intensiva (COD 56)
- Riabilitazione estensiva (COD 60 Riabilitativo)
- Lungodegenza medica (COD 60)

Ha fatto nell'anno altri ricoveri riabilitativi? SI NO

ANAMNESI SOCIALE

- Vive solo con il coniuge con il/i figlio/i con assistete non familiare

Persone di riferimento:

1.....grado di parentela.....tel.....

2.....grado di parentela.....tel.....

PROGETTO DI DIMISSIONE:

- Domicilio con assistenza già presente non presente

- Domicilio con familiare
- Domicilio con attivazione ADI

RSA già avviata richiesta in data:.....
 richiesta ancora da avviare

In possesso di invalidità civile SI NO RICHIESTA IN CORSO

ANAMNESI E ATTUALI CONDIZIONI CLINICHE DEL PAZIENTE

Diagnosi.....
.....
.....



Inviare la richiesta alla mail:
richieste.ricovero@cittadirovigo.it
Contatti telefonici: 0425 426288
0425 426231
0425 426131



Patologie concomitanti.....
.....
.....

Situazione funzionale premorbosa:
.....
.....

Il paziente necessita di isolamento per malattie contagiose SI NO

Esami strumentali programmati per il post ricovero:
.....
.....

Paziente stabile dal punto di vista internistico SI NO

Collaborazione Totale Parziale Assente

Comprensione Totale Parziale Assente

Demenza si no

Deambulazione autonomo autonomo con ausilio non autonomo

Controindicazioni al carico no si *specificare durata del divieto.....

ALIMENTAZIONE

Autonomo Con Aiuto SNG PEG NPT

Disfagia No Solidi Liquidi Entrambi

Igiene Personale Autonomo Con Aiuto Dipendente

Controllo Dell'alvo Si Parziale No Stomia

Controllo Minzione. Si Paziale No Stomia Catetere Vescicale

respirazione autonoma Tracheostomia (Cuffiata Non cuffiata) Ventilazione Meccanica

Ossigenoterapia No Si lt/min.....

Accesso venoso No PICC Midline. CVP CVC

Apparecchio gessato No Si

Lesioni da decubito No Si sede e stadio.....

Tossicomania, alcolismo Si No

ALLEGARE SCHEDA TERAPIA IN CORSO

Note aggiuntive
.....

Firma dell'infermiere compilatore

Timbro e firma del medico compilatore

Al momento del ricovero il paziente dovrà avere con se'

- Piani terapeutici (se presenti)
- Referti e dischetti di diagnostica effettuata durante il ricovero (tac, rx, rmn...)
- Carta d'identità e tessera sanitaria
- Documentazione d'invalidità (se presente)