



Inviare la richiesta alla mail:  
[richieste.ricovero@cittadirovigo.it](mailto:richieste.ricovero@cittadirovigo.it)  
Contatti telefonici: 0425 426288  
0425 426231  
0425 426131

BAR CODE

**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 principale .....tel:.....

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**.....

#### RICHIESTE DISPONIBILITA' DI POSTO IN:

Riabilitazione intensiva (COD 56)

Neuroriabilitazione (COD 75)

Riabilitazione estensiva (COD 60 Riabilitativo)

Lungodegenza medica (COD 60) Motivo della Richiesta.....

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.....

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 SCHEDE 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)