



**PROPOSTA DI PRESA IN CARICO IN DEGENZA RIABILITATIVA DA DOMICILIO IN CONVENZIONE SSN**

Compilazione a carico del Medico Specialista o del Medico di Medicina Generale

DATI ANAGRAFICI	Cognome:
	Nome:
	Data di nascita:
	Residente a:
	Domiciliato a:
	C.F.
	Recapiti telefonici:

Dati del ricovero:

Medico Proponente:
Livello di priorità:

Problematiche socio-familiari: SI  - NO

In caso di risposta affermativa specificare:

--

Invalidità civile: SI  - NO  - Avviata richiesta

Diagnosi Principale (ICD9) e Diagnosi Secondarie (ICD9):

--

Problematiche internistiche:

--

Terapia medica in corso:

--

Status neurologico:

--



Necessità di Valutazione Multidimensionale: SI  - NO  Se si, eseguita in data...

<b>Indice di Barthel</b>	Nutrirsi: 10 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> - 0 <input type="checkbox"/>
	Fare il bagno: 5 <input type="checkbox"/> - 0 <input type="checkbox"/>
	Cura di se: 5 <input type="checkbox"/> - 0 <input type="checkbox"/>
	Vestirsi/Svestirsi: 10 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> - 0 <input type="checkbox"/>
	Controllo sfinterico intestinale: 10 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> - 0 <input type="checkbox"/>
	Controllo sfinterico vescicale: 10 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> - 0 <input type="checkbox"/>
	Trasferimenti nel bagno: 10 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> - 0 <input type="checkbox"/>
	Trasferimento sedia/letto e ritorno: 15 <input type="checkbox"/> - 10 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> - 0 <input type="checkbox"/>
Deambulazione su terreno piano (oppure carrozzina): 15 <input type="checkbox"/> - 10 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> - 0 <input type="checkbox"/>	
Salire e scendere le scale: 10 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> - 0 <input type="checkbox"/>	
Punteggio totale ottenuto:	

Cute/Decubiti: SI  - NO

Ventilazione: Autonoma  - Assistita  - Specificare la modalità: \_\_\_\_\_

Alimentazione: Per OS  - SNG  - PEG  - Parenterale

Vescica: Catetere  - Urinal Condom  - Catet. Interm  - Disp. Assorb.

Alvo: Continente  - Incontinente  data ultima evacuazione : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Accessi venosi: SI  - NO  - CVC

Eventuali Note:

Visita specialistica di controllo effettuata dal Dr. \_\_\_\_\_ il: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma e timbro

Da allegare alla presente il referto della visita specialistica di controllo, nella quale sia esplicitato il motivo della richiesta