



PROPOSTA DI PRESA IN CARICO IN DEGENZA RIABILITATIVA DA STRUTTURA SOCIO SANITARIA

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

Dati del ricovero:

Ospedale di provenienza:	Città di:
Unità Operativa:	Medico Proponente:
Recapito telefonico di reparto:	Data di proposta ricovero:

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:

--

Indicazioni per eventuale isolamento: SI - NO

In caso di risposta affermativa specificare:

--

Terapia medica in corso, comprensiva di eventuali indicazioni dello specialista infettivologo sulla data d'inizio del trattamento e sulla sua durata:

--



Valutazione neurologica:

Valutazione Multidimensionale: SI - NO Se sì, eseguita in data

Indice di Barthel	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 - Vie naturali - Cannula tipo: _____ diametro°

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:

Richiesta effettuata dal Dr. _____ il: ___/___/___

Firma e timbro