



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...



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 - 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