



Tel. 0521-820261 – Via IV Novembre, 21 – 43012 Fontanellato (PR)

SCHEDA INFORMATIVA PER L'ACCESSO

si prega di rinviare la presente scheda **compilata in tutte le sue parti** al n. di fax + 39.0521.820295
oppure e-mail: **segreteria@centrocardinalferrari.it**

Ospedale e Reparto richiedente se paziente ricoverato oppure indicare dove si trova attualmente il paziente: _____

Telefono del Reparto richiedente _____ Medico richiedente _____

Cognome e nome del paziente _____ **anni** _____ **data di nascita:** _____

Residente nel Comune di _____ **Provincia di** _____

Familiare di riferimento: _____ **telefono** _____

eziologia della cerebrolesione _____
data insorgenza _____ Se coma: GCS all'ingresso _____ durata del coma (periodo GCS<8) _____ durata della non responsività (periodo di non esecuzione di ordini semplici) _____ GCS attuale _____

1° ricovero c/o Ospedale _____ rep. o/i _____

eventuali ricoveri successivi:

c/o Ospedale _____ rep. o/i _____ dal _____ al _____

c/o Ospedale _____ rep. o/i _____ dal _____ al _____

Funzioni vitali autonome dal _____

ADL:	Autonomo	Con aiuto	Non autonomo	LIVELLO DI COSCIENZA:	STATO COGNITIVO:
alimentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vigile e responsivo	<input type="checkbox"/> disorientamento <input type="checkbox"/>
lavarsi/vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vigile, minimamente responsivo	<input type="checkbox"/> deterioramento <input type="checkbox"/>
passaggi posturali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	soporoso	<input type="checkbox"/> afasia <input type="checkbox"/>
deambulazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stato vegetativo	<input type="checkbox"/> amnesia <input type="checkbox"/>
continenza	Si <input type="checkbox"/>	Parz. <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Coma	<input type="checkbox"/> sindrome frontale <input type="checkbox"/>

Sintomi neuromotori principali: emiparesi/plegia _____ tetraparesi/plegia _____ disfagia _____
lesioni dei nervi cranici _____ lesioni radicolari _____ mieliche Livello _____

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
ventilazione meccanica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	derivazione ventricolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	catetere venoso centrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ventilazione assistita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	piaghe da decubito (§)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sondino NG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intubazione orotracheale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	opercolo cranico rimosso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cannula tracheotomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fissatori esterni (§)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	catetere vescicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(§) Altre patologie in atto:

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
polmonare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	renale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cardiocircolatoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	disendocrina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ematologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oftalmica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ORL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infezioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
epilessia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	osteoarticolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(§) Specificare: _____

Patologie premorbose di rilievo: internistiche SI NO neurologiche SI NO

psichiatriche SI NO etilismo SI NO abuso di sostanze SI NO

traumi cranici SI NO Specificare: _____

Terapie in atto: _____

Firma e timbro del Medico



Oggetto: Informativa ai sensi dell'art. 13 Decreto Legislativo n 196 del 2003

Questa informativa viene fornita ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 196 del 2003 (di seguito Codice privacy), dettato in materia di "protezione dei dati personali".

Secondo la legge indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza.

Ai sensi dell'articolo 13 del Codice privacy, l'**Istituto di Riabilitazione S. Stefano S.r.l.**, con sede legale in Via Aprutina n. 194 – Porto Potenza Picena (MC), Titolare del trattamento, Le fornisce quindi le seguenti informazioni:

1. il trattamento ha per finalità le attività connesse alla richiesta di ricovero e alla prenotazione di servizi sanitari da lei richiesti;
2. il trattamento sarà effettuato con strumenti automatizzati e manuali;
3. il conferimento dei dati è obbligatorio e un eventuale rifiuto può comportare l'impossibilità di dare esecuzione al contratto di cui è parte l'interessato;
4. i dati non saranno diffusi né comunicati;
5. gli incaricati che si occupano della gestione delle prenotazioni potranno venire a conoscenza dei suoi dati personali esclusivamente per le finalità su menzionate;
6. il responsabile del trattamento è il Direttore Sanitario domiciliato per la funzione in Fontanellato (PR) - Via IV Novembre, 21, e presso la sede legale potrà essere visionato l'elenco completo dei Responsabili del trattamento.

La informiamo, infine, che potrà esercitare i diritti contemplati dall'art. 7 del Decreto Legislativo 196/03, tra cui quello di ottenere dal Titolare o dal Responsabile la conferma dell'esistenza o meno di Suoi Dati personali e di consentirLe, nel caso, la messa a disposizione. Lei potrà pertanto chiedere di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità del Trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati stessi; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento.

Il Titolare del trattamento
Istituto di Riabilitazione S. Stefano s.r.l.
U.O. Centro Cardinal Ferrari
Il Direttore Sanitario
De Tanti Antonio

Consenso al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto/a _____ acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 del Codice privacy, ai sensi dell'articolo 23 del Codice stesso conferisce il consenso:

- al trattamento dei dati sensibili di cui all'art. 4 lettera d) del Codice privacy finalizzato alle attività connesse alla richiesta di ricovero e alla prenotazione di servizi sanitari richiesti dall'interessato, nonché all'esecuzione di attività amministrative e contabili.

Fontanellato (PR), _____ Firma _____

Data _____

In caso di impossibilità a firmare da parte del titolare:

Firma di chi esercita legalmente la potestà _____

- familiare
- prossimo congiunto
- convivente
- responsabile struttura presso cui dimora

In mancanza di questa figura:

Il sottoscritto Dott. _____ dichiara che all'atto delle prestazioni e del ricovero (il giorno _____ alle ore _____) il/la Sig./ra _____ non è nelle condizioni psico-fisiche di poter sottoscrivere quanto sopra.

Firma del Medico _____

Data _____