

## MODULO RICHIESTA RICOVERO

FAX 0722-73240  
amminmf@sstefano.it

REPARTO – U.O. PROPONENTE: \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO: \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

SITUAZIONE SOCIO-FAMILIARE: VIVE SOLO/A \_\_\_\_\_ CON FAMILIARI (CHI?) \_\_\_\_\_

DATI PRE-MORBOSI: ERA AUTONOMO?  NO  SI \_\_\_\_\_

PROSPETTIVE DI RIENTRO A CASA:  CERTO  PROBABILE  IMPROBABILE  ESCLUSO

DATA DI INSORGENZA DELLA PATOLOGIA PER CUI SI RICHIEDE IL RICOVERO (evento indice) \_\_\_\_\_

ANAMNESI PATOLOGICA SIGNIFICATIVA: \_\_\_\_\_

AL DOMICILIO DAL: \_\_\_\_\_

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO (TIPO E POSOLOGIA) \_\_\_\_\_

DAIGNOSI ATTUALE \_\_\_\_\_

IN CASO DI FRATTURA SCHELETRICA CARICO CONCESSO:  PARZIALE  TOTALE  NO

IN PROGRAMMA CONTROLLO CLINICO ORTOPEDICO/RADIOGRAFICO PER \_\_\_\_\_

MALATTIE INFETTIVE/CONTAGIOSE IN ATTO:  NO  SI \_\_\_\_\_

TRATTAMENTO RIABILITATIVO IN ATTO:  NO  SI \_\_\_\_\_

### Dati clinici

ALLETTATO  NO  SI

SISTEMA NERVOSO E PSICHE:

COLLABORAZIONE / MOTIVAZIONE  BUONA  PARZIALE  ASSENTE

CAPACITÀ COMUNICATIVA       BUONA     PARZIALE     ASSENTE

AFASIA       NO     SI      MINIMENTAL: \_\_\_\_\_

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO / AGITAZIONE     NO       SI

AGGRESSIVITÀ       NO       SI

AGITAZIONE NOTTURNA       NO       SI

NUTRIZIONE / DEGLUTIZIONE:       SNG       PEG       DISFAGIA     NORMALE

RESPIRAZIONE:       AUTONOMA       MECCANICA

    TRACHEOCANNULA       NO       SI

    O<sub>2</sub> TERAPIA       NO       SI    l/min \_\_\_\_\_

CONTROLLO SFINTERICO:

VESCICALE       CONTINENTE       INCONTINENTE       CVP

INTESTINALE       CONTINENTE       INCONTINENTE

APPARATO CARDIO VASCOLARE \_\_\_\_\_

APPARATO SCHELETRICO \_\_\_\_\_

LESIONI DA DECUBITO       NO       SI

SEDE E STADIO \_\_\_\_\_

ALTRI DATI CLINICI SIGNIFICATIVI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INDICE BARTHEL \_\_\_\_\_

DATA E TIMBRO DEL MEDICO PROPONENTE: \_\_\_\_\_

Informativa e consenso ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196

“CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI”

Il titolare del trattamento dei dati è l'Istituto di Riabilitazione S. Stefano S.r.l.

I dati sono utilizzati esclusivamente per la valutazione dell'appropriatezza della richiesta di ricovero e non vengono comunicati all'esterno. Il loro conferimento è necessario per effettuare la **valutazione**. Il trattamento è effettuato da incaricati nel rispetto dei vincoli di riservatezza del segreto professionale o di vincolo analogo previsto dal codice sulla privacy, sia con mezzi manuali che elettronici. L'interessato potrà in qualsiasi momento chiedere la visione, correzione e cancellazione dei propri dati ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs 196/2003.