

**PROPOSTA DI RICOVERO**  
**PRESSO L'ISTITUTO DI RIABILITAZIONE S. STEFANO**

**Segreteria sanitaria tel. 0736- 44129 fax 0736-352390**

Cognome e nome \_\_\_\_\_ età anni \_\_\_\_\_

luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**DATI ANAMNESTICI** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data insorgenza patologia per cui si richiede il ricovero \_\_\_\_\_

Paziente attualmente  ricoverato presso: \_\_\_\_\_

a domicilio dal \_\_\_\_\_

EVENTUALI TERAPIE IN ATTO COMPRESA LA TERAPIA RIABILITATIVA (per i farmaci specificare tipo e posologia) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DIAGNOSI ATTUALE** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ALLERGIE A FARMACI (se si specificare) \_\_\_\_\_

MALATTIE INFETTIVE E CONTAGIOSE IN ATTO (se si specificare) \_\_\_\_\_

**DATI CLINICI**

STATO GENERALE \_\_\_\_\_ alt. m. \_\_\_\_\_ peso kg. \_\_\_\_\_

Piaghe da decubito (specificare sede ed estensione) \_\_\_\_\_

NUTRIZIONE:  Normale  Con sondino naso-gastrico  Con PEG  Con cibi semiliquidi

**APPARATO CARDIO-VASCOLARE** \_\_\_\_\_

Polso \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_

Vasi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**APPARATO RESPIRATORIO** \_\_\_\_\_

- RESPIRO:  Autonomo per vie naturali  
 Autonomo per tracheostomia  
 Assistito (specificare modalità)

**APPARATO DIGERENTE** \_\_\_\_\_

- Continenza fecale  SI  NO  
Ritenzione fecale  SI  NO

**APPARATO GENITO-URINARIO** \_\_\_\_\_

- Continente  
 Incontinente:  pannoloni  
 catetere  
 urocondom

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

**SISTEMA NERVOSO E PSICHE** \_\_\_\_\_

Sensorio \_\_\_\_\_

Parola \_\_\_\_\_

Deambulazione \_\_\_\_\_

Stazione eretta \_\_\_\_\_

- Presenta o ha presentato disturbi psichiatrici o del comportamento? (se si specificare) \_\_\_\_\_

- È pericoloso per sè o per gli altri? \_\_\_\_\_

**OCCHI E VISTA** \_\_\_\_\_

**ORECCHIO E UDITO** \_\_\_\_\_

**ALTRI ORGANI E APPARATI** \_\_\_\_\_

- Può mangiare da solo?  SI  NO  con aiuto  
Può vestirsi da solo?  SI  NO  con aiuto  
È indipendente negli spostamenti?  SI  NO  con aiuto  
È indipendente nell'igiene personale?  SI  NO  con aiuto

Data

Timbro e firma del medico

Indirizzo del Medico e n. di telefono