

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

(da inoltrare all'URP di Porto Potenza Picena(MC) - Tel. 0733689240; fax 0733689296; mail: urp@sstefano.it)

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 sé 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 proponente****Indirizzo del Medico e n. telefono**