

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

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 del comportamento? (se si specificare)

- E' 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
E' indipendente negli spostamenti? SI NO con aiuto
E' indipendente nell'igiene personale? SI NO con aiuto

Data

Timbro e firma del medico

Indirizzo del Medico e n. di telefono