

Congruita'                      Si     No

Note eventuali: .....

Data ...../...../.....

Il Medico:

Spazio riservato all'amministrazione della Casa di Cura Privata Villa Margherita

Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_

Interlocutore \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

Data ricovero \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Raggruppamento Cardio-Pneumologico**

**VALUTAZIONE DEI CRITERI DI CONGRUITA' PER IL RICOVERO IN REGIME DI RIABILITAZIONE INTENSIVA DI PAZIENTI CON PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI (riferimento alle linee guida nazionali e regionali della Regione Campania sulla riabilitazione ospedaliera codice 56).**

Cognome e Nome.....

Data di nascita ...../...../.....    Indirizzo .....

Tel ...../.....    Cell .....

**ANAMNESI ESSENZIALE ED ATTUALI CONDIZIONI CLINICHE**

1. Natura della patologia cardiovascolare principale:  
 recente intervento cardiocirurgico  
 si specificare il tipo dell'intervento.....  
 effettuato in data:.....  
 no specificare la patologia cardiovascolare di recente insorgenza o riacutizzata:.....  
 Data d'insorgenza: .....

2. Patologia cardiovascolare secondaria e/o cronica:

a)	Cardiopatía ischemica	<input type="checkbox"/> si	
b)	Cardiopatía ipertensiva	<input type="checkbox"/> si	
c)	Cardiopatía ipocinetica-dilatativa	<input type="checkbox"/> si	
d)	Scompenso cardiaco cronico sistolico	<input type="checkbox"/> si	
e)	Scompenso cardiaco cronico con FE preservata	<input type="checkbox"/> si	
f)	Cuore polmonare cronico	<input type="checkbox"/> si	
g)	Valvulopatía	<input type="checkbox"/> si	
	Mitralica	<input type="checkbox"/> si	Aortica <input type="checkbox"/> si
	Tricuspidale	<input type="checkbox"/> si	Polmonare <input type="checkbox"/> si

h) Pregresso intervento chirurgico per:  
 si  specificare il tipo di intervento:.....  
 effettuato in data: .....

i) Angioplastica coronaria                       si                      effettuata in data:.....

j) Impianto di pace-maker e/o ICD               si                      effettuata in data:.....

k) Cardiopatía congenita                         si                      corretta chirurgicamente:  si in data:.....

l) Trapianto cardiaco                               si                      effettuato in data:.....

3. Patologie concomitanti:                       si

B.P.C.O.     si                      ossigenoterapia               si                      l/m:.....

Artereopatia obliterante arti inferiori       si

Insufficienza renale                               si                      stadio.....                      dialisi               si               no

Pregressa ulcera peptica  si  
 Epatopatia  si      compensata  si     no  
 Neoplasie  si      specificare la natura della eoplasia:.....  
 Diabete mellito  si  
 Cerebrovasculopatie  si  
 Demenza  si  
 Altro  si      specificare:.....

Condizioni generali attuali: Discrete ; Mediocri ; Scadenti ; Autonomo si  no ; Parzialmente autonomo si  no ;

Completamente dipendente si  no ; Presenza di tracheotomia si  no ; Supporto ventilatorio.....

Stato cognitivo: lucido si  no ; collaborante si  no ; deficit mnemonici si  no ; agitazione si  no ;

Disfagia si  no ; Allettato si  no  da quanto tempo.....; necessita di sbarre per il letto si  no

Carrozzina si  motivo.....

Presenza di piaghe da decubito si  specificare le sedi e il tipo di lesione.....

Luogo in cui si trova attualmente il paziente:.....

Tipo di disabilità indotta dalla patologia:.....

Obiettivo riabilitativo:.....

Terapia in atto.....

Necessita di accompagnatore  si  no

Timbro e firma del medico proponente

Recapito telefonico ...../...../.....      Data...../...../.....

Il presente questionario dovrà essere consegnato o inviato a:

*Casa di Cura Villa Margherita .  
 Contrada Piano Cappelle 82100 - Benevento - Tel. 0824/354111 - Fax. 0824/354627*

Per ulteriori informazioni o chiarimenti rivolgersi ai Medici della divisione:

Responsabile: Dott. Claudio Di Gioia

Aiuto Dirigente: Dott. Saverio Santopietro

Medici: Dott.ssa Venere De Blasio; Dott. Carlo De Maria; Dott.ssa Francesca Pastore; Dott.ssa Caterina Iannella

**PARTE DA COMPILARE A CURA DI VILLA MARGHERITA**

DATA DI CONSEGNA ...../...../.....

FIRMA: \_\_\_\_\_

