VILLA MARGHERITA

Congruita' *Si* □ *No* □
Note eventuali: ……..
Data ……/……/……
Il Medico:

Spazio reservato all'amministrazione della Casa di Cura Priva Villa Margherita

Data_____Ora_____

Interlocutore_____

Note_____

Data ricovero_____Firma _____

Raggruppamento Neuroriabilitazione -Ortopedia – Lungodegenza Riabilitativa

Proposta di ricovero

Egregio Collega , La preghiamo di riempire in ogni sua parte la presente scheda relativa alla conoscenza delle attuali condizioni cliniche del Paziente al fine di valutare adeguatamente la sussistenza dei requisiti (Sec. *Linee Guida Nazionali e Regionali* della Riabilitazione Intensiva – Cod.56 – ed Estensiva – Cod. 60 -) per un ricovero presso la nostra clinica .

N.B. La mancanza di adeguata compilazione in ogni sua parte di tale scheda comporterà la non presa in considerazione da parte del Raggruppamento Neuro-Orto e Lungodegenza.

Cognome e Nome ……...…… Età ….……..…. Sesso ....……...…

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

C.A.P. Loc. ……..... Prov. ..... Tel. .....

CENNI SULL'ANAMNESI E SULLE ATTUALI CONDIZIONI CLINICHE

1) Diagnosi di natura e sede della malattia, che giustifica il ricovero: …….

……

2) Provenienza del Paziente……...

3) Data di inizio della malattia, sopra indicata: ……

3) Condizioni generali:
- buone □
- discrete □
- scadenti □

4) Stato della coscienza:
- vigile □
- obnubilato □
- confuso □

5) Deficit del linguaggio: no □ si □
- afasia □
- disartria □

6) Alimentazione:

per os	si □	no □
SNG	si □	no □
parenterale	si □	no □
PEG	si □	no □

7) Tracheotomia in atto: si □ no □

8) Ventilazione Meccanica si □ no □

9) O2 Terapia : no □ si □ Lt ……..

10) Concomitanti condizioni morbose: (compresa l'eventuale presenza di malattie contagiose o la condizione di portatore sano)

……

11) Condizioni motorie:

Motilità volontaria:

arto superiore destro	conservata □	limitata □	assente □
arto inferiore destro	conservata □	limitata □	assente □
arto superiore sinistro	conservata □	limitata □	assente □
arto inferiore sinistro	conservata □	limitata □	assente □

12) Mantenimento della stazione eretta (CONCESSIONE DI CARICO) : si □ no □

13) Deambulazione: si □ no □

14) Autonomia : mangiare si □ no □ lavarsi si □ no □ abbigliamento si □ no □

15) Controllo degli sfinteri: cont. vescicale si □ no □
cont. alvo si □ no □

16) Catetere Vescicale si □ no □

17) Lesioni da decubito: si □ no □ localizzazione…….

18) Terapia Farmacologica eseguita:…….

……

18) Luogo in cui si trova attualmente il paziente: …….

20) Eventuale Valutazione Fisiatrica (UVBR) : ……..

Timbro e firma del Medico Responsabile: ……

Recapito telefonico del Medico: ……..….Data ……../……../……..

Il presente questionario dovrà essere consegnato o inviato a:

Casa di Cura Privata Villa Margherita S.r.l.
Contrada Piano Cappelle 82100 - Benevento - Tel. 0824/354111 - Fax. 0824/354627

Per ulteriori informazioni o chiarimenti rivolgersi ai Medici del Raggruppamento di Riabilitazione Neurologica ed Ortopedica e Lungodegenza Riabilitativa :
Medico Responsabile:. Alessandro Ciarimboli
Medici: Letizia Barbieri- Alfredo Del Monaco – Caterina Iannella – Giuseppe Matarazzo – Vincenzo Vozza – Venere De Blasio-

---

PARTE DA COMPILARE A CURA DI VILLA MARGHERITA

DATA DI CONSEGNA ...../...../..... FIRMA: _____