

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 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 ..... Et  ..... 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	<input type="checkbox"/>
discrete	<input type="checkbox"/>
scadenti	<input type="checkbox"/>

4) Stato della coscienza:

vigile	<input type="checkbox"/>
obnubilato	<input type="checkbox"/>
confuso	<input type="checkbox"/>

5) Deficit del linguaggio: no  si  afasia   
 disartria

6) Alimentazione:

per os	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
SNG	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
parenterale	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
PEG	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

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: arto superiore destro conservata  limitata  assente   
arto inferiore destro conservata  limitata  assente   
Motilità volontaria: 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 Fisiatica (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: Alfredo Del Monaco – Caterina Iannella – Giuseppe Matarazzo  
Stefania Puzzuoli Fantoni – Vincenzo Vozza*

---

## PARTE DA COMPILARE A CURA DI VILLA MARGHERITA

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

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

