

<p><i>Congruita'</i>                      Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Note eventuali:</i> .....</p> <p><i>Data</i> ...../...../.....</p> <p><i>Il Medico:</i></p>
---

Spazio riservato all'amministrazione della Casa di Cura Priva 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 RESPIRATORIA**

(da compilarsi da parte del medico curante o dello specialista curante)

Primo ricovero in riabilitazione:    Si             No                       Data ultimo ricovero.....

Nome e cognome: .....

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

Tel: ...../.....                      Cellulare .....

Data e sede ultimo ricovero in ambiente ospedaliero .....

Motivo: .....

**ANAMNESI ESSENZIALE ED ATTUALI CONDIZIONI CLINICHE**

1-Patologia respiratoria da riabilitare:

- Broncopneumopatia cronica ostruttiva    (Stadio GOLD.....)
- Bronchiectasie
- Enfisema polmonare
- Asma bronchiale
- Cuore polmonare cronico
- Insufficienza respiratoria cronica    ( Parziale             Globale             Latente)
- Disturbi respiratori del sonno
- Fibrosi polmonare
- Patologie neuromuscolari
- Esiti di embolia polmonare
- Pre e post trapianto polmonare
- Preparazione e post chirurgia toracica

2- Patologie concomitanti

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cardiopatia ischemica cronica |  | <input type="checkbox"/> Iperensione arteriosa |
| <input type="checkbox"/> Insufficienza renale (Dialisi | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No) | <input type="checkbox"/> Diabete mellito       |
| <input type="checkbox"/> Ulcera peptica                |  | <input type="checkbox"/> Emia iatale           |
| <input type="checkbox"/> Obesità patologica            |  | <input type="checkbox"/> Malnutrizione         |
| <input type="checkbox"/> Piaghe da decubito            |  |  |
| <input type="checkbox"/> Altre:                        |  |  |
- .....

3 – Terapia in atto:

- Farmacologica:.....
- Farmaci inseriti in piano terapeutico ( Si: .....     No)
- Ossigenoterapia a lungo termine
- Ventilazione meccanica
- .....
- .....

4 – Condizioni generali attuali:     Discrete     Mediocri     Scadenti

5 – Paziente autonomo:     Si     No

6 – Tracheostoma:     Si     No

7- Condizione neurocognitiva:     Discreta     Mediocre     Scadente

Timbro e firma del medico proponente:

.....

Recapito telefonico del medico proponente e del reparto di provenienza:

.....

Struttura di provenienza del paziente:

.....

Il presente questionario dovrà essere consegnato o inviato a:

*Casa di Cura Privata Villa Margherita S.r.l. – Istituto San Giuseppe Moscati  
Contrada Piano Cappelle 82100 - Benevento - Tel. 0824/354111 - Fax. 0824/354627*

*Per ulteriori informazioni o chiarimenti rivolgersi ai Medici della divisione:*

*Responsabile: Claudio Di Gioia - Aiuto Dirigente: Giuseppe De Simone*

*Medici: Giovanni D’Addio - Saverio Santopietro*

---

PARTE DA COMPILARE A CURA DI VILLA MARGHERITA

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

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

