



ABITARE IL TEMPO

RICHIESTA DI RICOVERO - PRIVATI -

(Compilazione a cura del MMG)

<i>Cognome e Nome</i>			
<i>Luogo e data di nascita</i>			
<i>Indirizzo residenza</i>			
<i>Telefono</i>		<i>MMG</i>	

Dati anamnestici:

Diagnosi attuale:

Paziente attualmente a domicilio

ricoverato presso: _____

Eventuale terapie in atto (per farmaci specificare tipo e posologia):

Allergie a farmaci:

Malattie infettive in atto:

DATI CLINICI

Stato generale _____ Altezza _____ Peso _____

Piaghe da decubito (specificare sede ed estensione):

DEGLUTIZIONE

Normale Disfagia a solidi Disfagia a liquidi

NUTRIZIONE

Normale Con cibi semiliquidi

Con sondino naso-gastrico Con PEG

Parenterale: PICC CVC

Apparato cardio-vascolare:

Polso:

PA:

Vasi:

APPARATO RESPIRATORIO

RESPIRO: Autonomo per vie naturali Autonomo per tracheotomia

Assistito _____

APPARATO DIGERENTE

Continenza fecale SI' NO

Continenza fecale SI' NO

APPARATO GENITO-URINARIO

Continente

Incontinente pannoloni catetere uro condom

Apparato scheletrico:

Sistema nervoso e psiche:

LIVELLO DI COLLABORAZIONE

Completo

Parziale

Assente

Sensorio _____

Parola _____

DEAMBULAZIONE

SI'

autonoma

con ausilio _____

NO

carrozzina

allettata/o

Presenta o ha presentato disturbi psichiatrici del comportamento ?

E' pericoloso per sé o per gli altri? _____

Tende a vagabondare e/o allontanarsi in autonomia? _____

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

Indirizzo del MMG e n° telefono

RICHIESTA DI RICOVERO - PRIVATI -

(Compilazione a cura del familiare di riferimento)

SITUAZIONE SOCIO-FAMILIARE

La persona per la quale si richiede un periodo di ricovero in forma privata:

- Vive solo/a
- Vive con persona che fornisce assistenza continuativa (coniuge, figlio, assistente privata)
- Usufruisce di persone che forniscono assistenza per alcune ore

Altro _____

MOTIVO DEL RICOVERO:

- riabilitazione recupero post-ricovero sollievo ingestibilità a domicilio

E' già in carico ai servizi del territorio:

- No
- Sì Quali ? _____

Fornitura presidi/ausili già attivi:

- No
- Sì Quali ? _____

PRINCIPALE FAMILIARE DI RIFERIMENTO:

Nome _____ Cognome _____

Grado di parentela _____

Recapiti telefonici _____ e-mail _____

Durata del periodo di ricovero richiesto: _____

Data _____

Firma _____

La consegna del presente modulo va effettuata tramite una delle seguenti modalità:

- a mano presso il Servizio Sociale della Struttura

- e-mail: abitareiltempo@sstefano.it