



***RICHIESTA DI RICOVERO IN RIABILITAZIONE ESTENSIVA  
PRESSO RSA "ABITARE IL TEMPO" DI LORETO***

Cognome e nome \_\_\_\_\_ età anni \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

**DATI ANAMNESTICI**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data insorgenza patologia per cui si richiede il ricovero \_\_\_\_\_

Paziente attualmente  ricoverato presso: \_\_\_\_\_

a domicilio dal \_\_\_\_\_

EVENTUALI TERAPIE IN ATTO COMPRESA LA TERAPIA RIABILITATIVA (per i farmaci specificare tipo e posologia)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DIAGNOSI ATTUALE** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ALLERGIE A FARMACI (se si specificare)** \_\_\_\_\_

**MALATTIE INFETTIVE E CONTAGIOSE IN ATTO (se si specificare)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DATI CLINICI**

**STATO GENERALE** \_\_\_\_\_ alt.m. \_\_\_\_\_ peso kg \_\_\_\_\_

Piaghe da decubito (specificare sede ed estensione)

**NUTRIZIONE**  Normale  Con sondino naso-gastrico  Con PEG  Con cibi semiliquidi

**APPARATO CARDIO-VASCOLARE** \_\_\_\_\_

Polso \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_

Vasi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

APPARATO RESPIRATORIO \_\_\_\_\_

RESPIRO:  Autonomo per vie naturali  
 Autonomo per tracheotomia  
 Assistito (specificare modalità)

APPARATO DIGERENTE: \_\_\_\_\_

Continenza fecale  SI  NO  
Ritenzione fecale  SI  NO

APPARATO GENITO-URINARIO: \_\_\_\_\_

Continente  
 Incontinente  pannoloni  
 catetere  
 uro condom

APPARATO SCHELETRICO \_\_\_\_\_

SISTEMA NERVOSO E PSICHE \_\_\_\_\_

Sensorio \_\_\_\_\_

Parola \_\_\_\_\_

Deambulazione \_\_\_\_\_

Stazione eretta \_\_\_\_\_

-Presente o ha presentato disturbi psichiatrici del comportamento? (se si specificare) \_\_\_\_\_

.- E' pericoloso per sé o per gli altri? \_\_\_\_\_

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 o firma

Indirizzo del Medico e n di telefono

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_