



UNI EN ISO 9001:2008

Sede operativa:

Via Robiola, 6 - 10020 ARIGNANO (TO)
Tel. 011/9462415 Fax: 011/9462405
E mail: info@casadicuravilla-adriana.it

Sede legale:

Piazza G. Gozzano, 1 - 10132 TORINO (TO)
Tel: 011/8196912-913 Fax: 011/8192639

P.I. 03609890011

Emesso il 01/05/2015
M IO_CENTRA

PROPOSTA DI RICOVERO

Riabilitazione 1° Liv.

Medicina di Lungodegenza

Cognome..... Nome.....

Sesso: M F

Nato/a..... Il..... Residente in.....

Via..... N°.....

Vive solo: SI NO

Conviventi: SI NO Grado di parentela Telefono

Recapito telefonico da contattare per la programmazione del ricovero.....

Parenti o altre persone a cui rivolgersi durante la degenza del paziente :

NO Si (si specifica il grado)

Al momento della richiesta di ricovero il paziente si trova presso il proprio domicilio: SI NO
(se è NO precisare dove)

Precedenti ricoveri in questa struttura SI NO

Precedenti ricoveri nelle Case di Cura SI NO

Natura della patologia per cui si richiede il ricovero:.....

Epoca di insorgenza.....

Patologie concomitanti.....

Terapia medica in corso.....

P.E.G. NO SI Tipo di nutrizione

Ossigenoterapia NO SI

Programmi diagnostico/terapeutici futuri da espletare dall'ente inviante

CONDIZIONI ATTUALI:

STATO DI COSCIENZA	<input type="checkbox"/> VIGILE	DIETA	<input type="checkbox"/> LIBERA
	<input type="checkbox"/> SOPOROSO		<input type="checkbox"/> PERSONALIZZATA TIPO
	<input type="checkbox"/> COMATOSO	
STATO PSICHICO	<input type="checkbox"/> ORIENTATO	IDRATAZIONE	<input type="checkbox"/> AUTONOMA
	<input type="checkbox"/> DISORIENTATO		<input type="checkbox"/> CON AIUTO
	<input type="checkbox"/> AGITATO		<input type="checkbox"/> NON AUTONOMA
	<input type="checkbox"/> AGGRESSIVO		
COMPRENSIONE	<input type="checkbox"/> NORMALE	DIURESIS	<input type="checkbox"/> CONTINENTE
	<input type="checkbox"/> DIFFICOLTOSA		<input type="checkbox"/> NICTURIA
	<input type="checkbox"/> ASSENTE		<input type="checkbox"/> INCONTINENZA
	<input type="checkbox"/> CATETERE VESCICALE N°__		
			<input type="checkbox"/> UROSTOMIA
LINGUAGGIO	<input type="checkbox"/> NORMALE	EVACUAZIONE	<input type="checkbox"/> AUTONOMA
	<input type="checkbox"/> DISARTRICO		<input type="checkbox"/> INCONTINENZA
	<input type="checkbox"/> AFASICO		<input type="checkbox"/> STOMIA
COLLABORAZIONE	<input type="checkbox"/> BUONA	IGIENE	<input type="checkbox"/> AUTONOMA
	<input type="checkbox"/> MEDIA		<input type="checkbox"/> CON AIUTO
	<input type="checkbox"/> ASSENTE		<input type="checkbox"/> NON AUTONOMA
ALIMENTAZIONE	<input type="checkbox"/> AUTONOMA	MOBILIZZAZIONE	<input type="checkbox"/> AUTONOMA
	<input type="checkbox"/> CON AIUTO		<input type="checkbox"/> NON AUTONOMA
	<input type="checkbox"/> NON AUTONOMA		<input type="checkbox"/> CON AIUTO
			<input type="checkbox"/> CON QUALE AUSILIO
		
LESIONI CUTANEE	<input type="checkbox"/> NO	NOTE	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> SI		
	TIPO.....		
		

P.S. Per i ricoveri di riabilitazione allegare percorso riabilitativo fisiatrico affinché la proposta venga presa in considerazione per un eventuale ricovero.

Data _____

Il medico proponente
Timbro e firma