

RICHIESTA DI RICOVERO

Egr. Dottore,

al fine di valutare la richiesta di ricovero nella nostra struttura (dotata sia di U.O. acute sia di UU.OO. post-acute differenziate in base al prevalente contenuto riabilitativo), pre-impostare un percorso clinico, inserire in lista d'attesa, Le chiedo cortesemente di completare la sottostante "Richiesta di ricovero" fornendo una serie di informazioni sulla base dei bisogni clinico-assistenziali. La ringrazio per la fattiva collaborazione.

La Direzione Sanitaria

Data compilazione: ____/____/____ Medico proponente _____
Tel. _____ E-mail _____

DATI PAZIENTE Nome/Cognome _____ Sesso: F M
Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____
Codice Fiscale _____
Indirizzo paziente _____ Città ,Provincia _____
Tel. _____ E-mail _____

MOTIVI PER I QUALI SI RICHIEDE IL RICOVERO _____
PARAMETRI ANTROPOMETRICI MISURATI: peso Kg _____ altezza cm _____

Precedenti ricoveri presso Ospedale San Giuseppe No Si, quando _____
Se si: fallimento a domicilio del programma riabilitativo impostato
 rispetto a domicilio del programma riabilitativo impostato
Fallimento di programmi ambulatoriali di perdita di peso No Si

Assume terapia farmacologica no si, **SPECIFICARE** _____

ATTIVITÀ DI VITA QUOTIDIANA	<u>Respirazione</u>	<input type="checkbox"/> paziente eupnoico	<input type="checkbox"/> paziente dispnoico : <input type="checkbox"/> da sforzo <input type="checkbox"/> a riposo	
		Utilizza: <input type="checkbox"/> ossigenoterapia l/m _____ <input type="checkbox"/> C PAP <input type="checkbox"/> BiLevel		
	<u>Alimentazione</u>	<input type="checkbox"/> autonoma	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> non autonoma
	<u>Igiene personale e vestizione</u>	<input type="checkbox"/> autonoma	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> non autonoma
	<u>Eliminazione intestinale</u>	<input type="checkbox"/> continente	<input type="checkbox"/> incontinente Utilizza: <input type="checkbox"/> pannolone <input type="checkbox"/> tampone rettale	
	<u>Eliminazione urinaria</u>	<input type="checkbox"/> continente	<input type="checkbox"/> incontinente <input type="checkbox"/> incontinenza totale <input type="checkbox"/> incontinenza da sforzo	<input type="checkbox"/> ritenzione
		Utilizza <input type="checkbox"/> pannolone <input type="checkbox"/> cateterismi estemporanei <input type="checkbox"/> catetere a permanenza		
<u>Mobilizzazione</u>	<input type="checkbox"/> autonoma	<input type="checkbox"/> autonoma solo con ausili	<input type="checkbox"/> non autonoma e possibile solo con aiuto di terzi e ausili	
<u>Funzioni cognitive</u>	<input type="checkbox"/> integre	<input type="checkbox"/> disorientato	<input type="checkbox"/> confuso	
	<input type="checkbox"/> udito normale	<input type="checkbox"/> ipoacusia	<input type="checkbox"/> protesi	
	<input type="checkbox"/> vista normale	<input type="checkbox"/> ipovedente	<input type="checkbox"/> non vedente	
Lesioni da decubito		<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> presenti	
Linfedema cronico / Ulcere trofiche		<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> presenti	
Dolore cronico		<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> presente	
Utilizzo ausili	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, quali _____		

RICHIESTA DI RICOVERO

ANAMNESI PATOLOGICA	<u>Diabete mellito</u>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, ultimo valore HbA1c _____ data _____ Complicanze <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, specificare _____
	<u>Colesterolo LDL > 130 mg/dl</u>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
	<u>Insufficienza renale cronica</u>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, specificare _____ dialisi <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si
	<u>Epatopatia cronica</u>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, specificare _____
	<u>Patologia psichiatrica</u>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, quale _____ NECESSARIO ALLEGARE VALUTAZIONE PSICHIATRICA
	<u>Patologia osteoarticolare con limitazioni nelle AVQ</u>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Presenza di artrosi (anca, ginocchia, rachide) o protesi articolare <input type="checkbox"/> Presenza di altra patologia osteoarticolare: _____ se recente intervento ortopedico o neurochirurgico, specificare tipologie e data _____
	<u>Patologia respiratoria</u>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Presenza di OSAS già diagnosticata o associata a malattia respiratoria cronica <input type="checkbox"/> Presenza di OSAS, insufficienza ventilatoria di tipo restrittivo <input type="checkbox"/> Presenza di altra patologia respiratoria _____ <input type="checkbox"/> Presenza di Epworth e/o Berlino positiva SE DISPNEA, ANCHE PER LIEVI SFORZI, BPCO, INSUFFICIENZA RESPIRATORIA NOTA O SOSPETTA SEGNALARE DATI EMOGASANALISI ARTERIOSA IN ARIA
	<u>Patologia cardiaca</u> SE PRESENTE ALLEGARE DOCUMENTAZIONE RELATIVA: (LETTERA DI DIMISSIONE, REFERTO DI ESAMI SPECIALISTICI, ALTRO)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Infarto miocardico pregresso <input type="checkbox"/> PTCA con o senza stent <input type="checkbox"/> By-pass aorto-coronarico <input type="checkbox"/> Coronarografia positiva per lesioni <input type="checkbox"/> Test ergometrico o altro esame positivo per coronaropatia <input type="checkbox"/> Cardiopatia dilatativa o ipertrofica <input type="checkbox"/> Valvulopatia almeno moderata <input type="checkbox"/> Portatore di protesi valvolare, plastica valvolare, cardiopatia congenita (operata o no) <input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa <input type="checkbox"/> Angina da sforzo <input type="checkbox"/> Recente (<30 giorni) ricovero ospedaliero con diagnosi cardiologica
	<u>Patologia neurologica</u>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, quale _____ ALLEGARE DOCUMENTAZIONE
	<u>Alterazioni del comportamento alimentare</u>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> iperalimentazione prandiale ed extraprandiale, piluccamento emotionaleating) <input type="checkbox"/> DCA tipo bulimia nervosa e BED (night eating) <input type="checkbox"/> Disturbi certificati da psicoterapeuta/psichiatra o Terapia farmacologica (depressivo, bipolare, schizofrenico, borderline, panico, ossessivo compulsivo)

FIRMA DEL MEDICO PROPONENTE

NB: si richiede che la richiesta venga compilata in tutti i suoi campi; in particolare, vista l'ubicazione dell'ospedale a 1250 mt, risulta indispensabile la conoscenza delle condizioni respiratorie che potrebbero controindicare il ricovero a tale quota.

Qualora le informazioni pervenute non corrispondessero alle condizioni cliniche del paziente, il ricovero potrà essere rifiutato. Nel caso in cui le condizioni cliniche nel tempo intercorso fra l'invio della proposta di ricovero e la data fissata per il ricovero dovessero cambiare, si richiede al Medico proponente di aggiornare le informazioni inviate. La proposta verrà valutata dal Responsabile dell'U.O.

La Richiesta completa può essere inviata via e-mail all'indirizzo: ricoveri.piancavallo@auxologico.it

Per ulteriori informazioni si invita a contattare l' Ufficio ricoveri al numero: 0323 514225 – 4520

Può autorizzarci a contattarla per informazioni relative alla presa in carico dei ricoveri, e dei relativi tempi di attesa, nonché aggiornamenti sui servizi offerti. Se lo desidera, può apporre la firma ove sotto indicato.

FIRMA DEL MEDICO PROPONENTE