AUXOLOGICO PIANCAVALLO
Strada Cadorna, 90 - 28824 Località Piancavallo ,Oggebbio VB

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 _____
Il Paziente ha un amministratore di sostegno, tutore o curatore? Sì ☐ NO ☐
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	Respirazione	□ paziente eupnoico	□ paziente dispnoico : □ da sforzo □ a riposo	
		Utilizza: □ ossigenoterapia l/m_____ □ C PAP □ BiLevel		
	Alimentazione	□ autonoma	□ con aiuto	□ non autonoma
	Igiene personale e vestizione	□ autonoma	□ con aiuto	□ non autonoma
	Eliminazione intestinale	□ continente	□ incontinente Utilizza: □ pannolone □ tampone rettale	
	Eliminazione urinaria	□ continente	□ incontinente □ incontinenza totale □ incontinenza da sforzo	□ ritenzione
		Utilizza □ pannolone □ cateterismi estemporanei □ catetere a permanenza		
	Mobilizzazione	□ autonoma	□ autonoma solo con ausili	□ non autonoma e possibile solo con aiuto di terzi e ausili
	Funzioni cognitive	□ integre	□ disorientato	□ confuso
		□ udito normale	□ ipoacusia	□ protesi
		□ vista normale	□ ipovedente	□ non vedente
Lesioni da decubito			□ assenti	□ presenti
Linfedema cronico / Ulcere trofiche			□ assenti	□ presenti
Dolore cronico			□ assente	□ presente
Utilizzo ausili	□no	□ si,quali_____		

AUXOLOGICO PIANCAVALLO
Strada Cadorna, 90 - 28824 Località Piancavallo ,Oggebbio VB

RICHIESTA DI RICOVERO

ANAMNESI PATOLOGICA	Diabete mellito	□ no	□ si, ultimo valore HbA1c _____ data_____ Complicanze □ no □ si, specificare_____	
	Colesterolo LDL > 130 mg/dl	□ no	□ si	
	Insufficienza renale cronica	□ no	□ si, specificare_____ dialisi □ no □ si	
	Epatopatia cronica	□ no	□ si, specificare_____	
	Patologia psichiatrica	□ no	□ si, quale _____ ***NECESSARIO ALLEGARE VALUTAZIONE PSICHIATRICA***	
	Patologia osteoarticolare con limitazioni nelle AVQ	□ no	□ Presenza di artrosi (anca, ginocchia, rachide) o protesi articolare □ Presenza di altra patologia osteoarticolare: _____ se recente intervento ortopedico o neurochirurgico, specificare tipologie e data _____	
	Patologia respiratoria	□ no	□ Presenza di OSAS già diagnosticata o associata a malattia respiratoria cronica □ Presenza di OSAS, insufficienza ventilatoria di tipo restrittivo □ Presenza di altra patologia respiratoria _____ □ 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***	
	Patologia cardiaca ***SE PRESENTE ALLEGARE DOCUMENTAZIONE RELATIVA: (LETTERA DI DIMISSIONE, REFERTO DI ESAMI SPECIALISTICI, ALTRO)***	□ no	□ Infarto miocardico pregresso	
			□ PTCA con o senza stent	
			□ By-pass aorto-coronarico	
			□ Coronarografia positiva per lesioni	
			□ Test ergometrico o altro esame positivo per coronaropatia	
			□ Cardiopatia dilatativa o ipertrofica	
			□ Valvulopatia almeno moderata	
			□ Portatore di protesi valvolare, plastica valvolare,cardiopatia congenita (operata o no)	
			□ Ipertensione arteriosa	
			□ Angina da sforzo	
			□ Recente (<30 giorni) ricovero ospedaliero con diagnosi cardiologica	
	Patologia neurologica	□ no	□ si, quale _____ _____ ***ALLEGARE DOCUMENTAZIONE***	
	Alterazioni del comportamento alimentare	□ no	□ iperalimentazione prandiale ed extraprandiale, piluccamento emotionaleating)	
			□ DCA tipo bulimia nervosa e BED (night eating)	***ALLEGARE DOCUMENTAZIONE***
			□ 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

_____