

RICHIESTA DI RICOVERO AUXOLOGIA E RIABILITAZIONE AUXOLOGICA

Egr. Dottore,

al fine di valutare la richiesta di ricovero per pazienti minorenni nella nostra struttura (dotata sia di U.O. acuta che di U.O. riabilitativa), 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 _____
Classe scolastica frequentata al momento della richiesta _____
Servizi sociali domiciliari No Si
PERSONA DI RIFERIMENTO* Nome/Cognome _____
Tel. _____ E-mail _____
** genitore/tutore/rappresentante legale/amministratore di sostegno*

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** _____

ATTIVITA' 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
	<input type="checkbox"/> sondino naso-gastrico		
<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
<u>Eliminazione urinaria</u>	<input type="checkbox"/> continente	<input type="checkbox"/> incontinente:	
		<input type="checkbox"/> incontinenza totale	<input type="checkbox"/> incontinenza notturna
	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"/> deficit cognitivo	
	<input type="checkbox"/> udito normale	<input type="checkbox"/> ipoacusia	<input type="checkbox"/> protesi
<u>Organi di senso</u>	<input type="checkbox"/> vista normale	<input type="checkbox"/> ipovedente	<input type="checkbox"/> non vedente
<u>Alterazioni cutanee da autolesionismo</u>	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> presenti	
<u>Linfedema cronico/Ulcere trofiche</u>	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> presenti	
<u>Utilizzo ausili</u>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, quali _____	

RICHIESTA DI RICOVERO AUXOLOGIA E RIABILITAZIONE AUXOLOGICA

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>Malattie ematologiche</u>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, specificare _____
<u>Nefropatie</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 NEUROPSICHIATRICA
<u>Supporto psicologico domiciliare</u>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
<u>Patologia osteoarticolare con limitazioni nelle AVQ</u>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> In presenza di patologia osteoarticolare: _____ se recente intervento ortopedico, specificare tipologie e data _____
<u>Patologia respiratoria</u>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, specificare _____
<u>Patologia cardiaca</u>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Cardiopatia dilatativa o ipertrofica
SE PRESENTE ALLEGARE DOCUMENTAZIONE RELATIVA: (LETTERA DI DIMISSIONE, REFERTO DI ESAMI SPECIALISTICI, ALTRO)		<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
<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 emotional eating
		<input type="checkbox"/> Disturbi del comportamento alimentare <input type="checkbox"/> Anoressia nervosa <input type="checkbox"/> Bulimia nervosa <input type="checkbox"/> Night eating <input type="checkbox"/> Binge eating disorder
		<input type="checkbox"/> Altri disturbi certificati da psicoterapeuta/neuropsichiatra, specificare _____
		ALLEGARE DOCUMENTAZIONE

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.minorenni@auxologico.it

Per ulteriori informazioni si invita a contattare l' Ufficio ricoveri al numero: 0323 514402

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