



LOGO DELL'ISTITUTO
CHE FA LA RICHIESTA



MODULO UNICO PER LA RICHIESTA DI TRASFERIMENTO IN RIABILITAZIONE (adulti)

Alla c.a. della Casa di Cura AUXOLOGICO ROMA - Buon Pastore (120 301) - Fax 06.6152.1971

N. nosologico Cartella _____

Data compilazione ____/____/____

UO richiedente _____ telefono: _____ fax : _____ email: _____

richiede la disponibilità di posto in:

- [] Riabilitazione intensiva post-acuzie **Cod. 56**
- [] Lungodegenza Medica-Riabilitativa **Cod. 60**
- [] Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite (UGCA)
- [] Unità Spinale
- [] Centro Spinale
- [] Unità per Gravi Patologie Cardiologiche
- [] Unità per Gravi Patologie Respiratorie
- [] Riabilitazione territoriale residenziale [] intensiva [] estensiva
- [] Riabilitazione territoriale semiresidenziale estensiva

Cognome_____ Nome_____

Luogo di nascita_____ data di nascita _____ sesso: [] F [] M

Domicilio _____ telefono_____

Care-giver di riferimento e recapito _____

PATOLOGIA OGGETTO DEL RICOVERO:

Data d'inizio della menomazione sopraindicata: ____/____/____ Intervento Chirurgico: Si [] No []

Tipo intervento chirurgico: _____ Data intervento chirurgico: _____

Divieto carico: Si: [] No: [] Eventuale carico differito a: _____ gg _____

SCALE SEVERITÀ, COMORBIDITÀ e DISABILITÀ'

CIRS : Indice di severità |____| Indice di comorbidità |____|

BARTHEL : punteggio complessivo |____| 10-49 ricovero ordinario Riabilitazione intensiva, cod. 56

50-74 ricovero diurno (DH) Riabilitazione intensiva cod. 56

Note: _____

Ulcere trofiche / da pressione (specificare sede e stadio)

Ferite Post Chirurgiche [] Coalescente [] Deiscente [] Altro Altre patologie (specificare).....

<i>Terapia in atto:</i>	dosaggio	ev	os	<i>Terapia in atto:</i>	dosaggio	ev	os
1				3			
2				4			

CONDIZIONI CLINICHE

Condizioni generali	<input type="checkbox"/> BUONE	<input type="checkbox"/> DISCRETE	<input type="checkbox"/> SCADENTI
Paziente stabile dal punto di vista internistico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Paziente post comatoso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO SE Si, GCS (punteggio) e durata coma >24 ore	
Collaborazione	<input type="checkbox"/> TOTALE	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> ALTERNANTE <input type="checkbox"/> ASSENTE
Comprensione	<input type="checkbox"/> TOTALE	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> ALTERNANTE <input type="checkbox"/> ASSENTE
Motilità volontaria	<input type="checkbox"/> TOTALE	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> ASSENTE
Deambulazione	<input type="checkbox"/> AUTONOMO	<input type="checkbox"/> AUTONOMO CON AUSILIO	<input type="checkbox"/> NON AUTONOMO <input type="checkbox"/> IMPOSSIBILE
Controllo Tronco	<input type="checkbox"/> TOTALE	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> ASSENTE
Stazione eretta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI, CON AUSILI	<input type="checkbox"/> NO
Stazione seduta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Motilità articolazioni	<input type="checkbox"/> TOTALE	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> ASSENTE
Capacità di alimentarsi	<input type="checkbox"/> AUTONOMO	<input type="checkbox"/> DISFAGIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Igiene personale	<input type="checkbox"/> NON AUTONOMO	<input type="checkbox"/> IMBOCCATO	<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PARENTERALE
Controllo dell'alvo	<input type="checkbox"/> AUTONOMO	<input type="checkbox"/> CON AIUTO	<input type="checkbox"/> DIPENDENTE
Controllo minzione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> NO
Catetere vescicale a permanenza	<input type="checkbox"/> SI	(data inserimento o dell'ultimo cambio.....)	<input type="checkbox"/> NO
Presenza cannula tracheale	<input type="checkbox"/> SI	(specificare tipo e data di inserimento.....)	<input type="checkbox"/> NO
Ventilazione meccanica	<input type="checkbox"/> SI	(specificare tipo e modalità.....)	<input type="checkbox"/> NO
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> SI	(specificare modalità.....)	<input type="checkbox"/> NO
Portatore di CVC	<input type="checkbox"/> SI	(specificare il tipo e la sede.....)	<input type="checkbox"/> NO
Portatore di CV Periferico	<input type="checkbox"/> SI	(sede e data di inserimento.....)	<input type="checkbox"/> NO
Presenza di stomie	<input type="checkbox"/> SI	(specificare tipo e sede.....)	<input type="checkbox"/> NO
Fissatore esterno	<input type="checkbox"/> SI	(specificare tipo e sede.....)	<input type="checkbox"/> NO
Apparecchio gessato	<input type="checkbox"/> SI	(specificare tipo e sede.....)	<input type="checkbox"/> NO
Infezioni in atto/microrganismi alert*	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE SOLO PER RICHIESTA TRASFERIMENTO UGCA

- Il paziente è in postura di decorticazione o decerebrazione? SI NO
 Il paziente presenta agitazione psico-motoria ? SI NO
 Il paziente esegue ordini semplici ? SI NO

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE SOLO PER RICHIESTA TRASFERIMENTO US/CENTRO SPINALE

- Il paziente è paraplegico tetraplegico

Livello di lesione documentato all'RX

RICHIESTA DI TRASFERIMENTO

La richiesta è stata INVIATA IN DATA _____ ALL'ISTITUTO..... ACCETTATA NON ACCETTATA

La richiesta è stata INVIATA IN DATA _____ ALL'ISTITUTO..... ACCETTATA NON ACCETTATA

Data trasferimento _____

Timbro e firma del medico del reparto

Timbro e firma del medico specialista in riabilitazione

*La struttura per acuti ha l'obbligo di valutare ed indicare la presenza di colonizzazioni che richiedono misure di isolamento, per consentire alla struttura riabilitativa di predisporre posti letto idonei (isolamento in coorte)