

MODULO UNICO PER LA RICHIESTA DI TRASFERIMENTO IN POST-ACUZIE (Determinazione Regione Lazio del 04/01/2024, n. 2)

Struttura sanitaria richiedente: _____

U.O. richiedente: _____ telefono _____ fax _____

e-mail: _____

Numero nosologico cartella clinica: _____ Data di compilazione _____

Richiede la disponibilità di posto letto in:

- U.O. Recupero e Riabilitazione funzionale (cod. 56): U.O. Lungodegenza medica (cod. 60)
 Ordinario Day hospital (solo cod. 56)

SPECIFICARE SE (ex DM 05/08/2021):

- Ricovero conseguente a evento acuto (ricovero in acuzie negli ultimi 12 mesi)
 Ricovero non conseguente a evento acuto (nessun ricovero in acuzie negli ultimi 12 mesi)

per il paziente: **Cognome** _____ **Nome** _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____ sesso: [] F [] M

Domicilio _____ Telefono _____

Caregiver di riferimento e recapito _____

DIAGNOSI INSERITE NELLA SDO DI RICOVERO PER ACUTI PER IL RICOVERO IN RIABILITAZIONE ex DM 05/08/2021
(come da elenco codici ICD-9-CM inseriti negli allegati al DM 09/08/2021):

Cod. ICD-9-CM (diagnosi principale) _____
Cod. ICD-9-CM (dia sec 1) _____
Cod. ICD-9-CM (dia sec 2) _____
Cod. ICD-9-CM (dia sec 3) _____

NEL CASO LA RICHIESTA NON PROVENGA DA STRUTTURA SANITARIA SPECIFICARE LA DIAGNOSI DI APPROPRIATEZZA CLINICA:

SCALE SEVERITÀ, COMORBIDITÀ e DISABILITÀ

Per richiesta in RIABILITAZIONE cod. 56 (MDC 8 RIABILITAZIONE MOTORIA/ORTOPEDICA – MDC 1 RIABILITAZIONE NEUROLOGICA)

BARTHEL INDEX: punteggio complessivo |__|__|__|

Data inizio ricovero __/__/____ Specificare Reparto: _____

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

Tipo intervento chirurgico: _____

_____ Data intervento chirurgico: _____

Divieto carico: Sì: [] No: [] Eventuale carico differito a: _____ gg. _____

Ulcere trofiche / da pressione (specificare sede e stadio)

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

Note: _____

<i>Terapia in atto:</i>	dosaggio	ev	os	<i>Terapia in atto:</i>	dosaggio	ev	os
1				3			
2				4			
5				6			

CONDIZIONI CLINICHE

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

RICHIEDA DI TRASFERIMENTO (la risposta deve pervenire **entro 48 h lavorative dalla richiesta**, come previsto dalla normativa vigente)

La richiesta è stata INVIATA IN DATA ___/___/___ ALL'ISTITUTO _____

ACCETTATA – disponibilità immediata ACCETTATA – inserita in lista d'attesa NON APPROPRIATA:

(indicare criterio di esclusione ai sensi del DCA n. 226/2018 e ss. mm. e ii.): _____

La richiesta è stata INVIATA IN DATA ___/___/___ ALL'ISTITUTO _____

ACCETTATA – disponibilità immediata ACCETTATA – inserita in lista d'attesa NON APPROPRIATA:

(indicare criterio di esclusione ai sensi del DCA n. 226/2018 e ss. mm. e ii.): _____

Data trasferimento _____

Timbro e firma del medico del reparto

Timbra e firma del medico specialista in riabilitazione

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

INTEGRAZIONE MODULO UNICO PER RICHIESTA DI TRASFERIMENTO
DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE PER QUADRI NEUROLOGICI (MDC 1) O AD ALTA INTENSITÀ DI CURE

Condizioni neurologiche: Paraplegia Tetraplegia

Livello neurologico della lesione: _____

Altri interventi chirurgici correlati all'evento lesivo: _____

Eventuale patologia o comorbidity di rilievo psichico/psichiatrico: NO SI, tipo: _____

Condizioni respiratorie attuali:

Respiro spontaneo NO SI, dal: ___/___/___

Ventilazione meccanica NO SI se sì: *weaning* NO SI

NIV NO SI modalità: _____

Ossigeno terapia NO SI litri/minuto: _____

Drenaggio toracico NO SI sede: _____ dal: ___/___/___

Cannula tracheostomica NO SI tipo: _____ n°: _____ dal: ___/___/___

Altri Device:

Catetere venoso centrale periferico sede: _____ dal: ___/___/___

Catetere arterioso sede: _____ dal: ___/___/___

Lesione cutanee da pressione: NO SI

sede _____ grado _____

sede _____ grado _____

Trombosi Venose Profonde NO SI sede _____

Infezioni in atto NO SI germi MDR: _____

emocoltura: data ___/___/___ negativa positiva per _____

broncoaspirato: data ___/___/___ negativo positivo per _____

urinocoltura data ___/___/___ negativo positivo per _____

tampone rettale data ___/___/___ negativo positivo per _____

Terapia

Endovenosa _____

Orale _____

Note aggiuntive: _____

Data ___/___/___

Nome del medico: _____

Riferimenti tel.: _____ fax: _____ e-mail: _____

Dichiarazione di responsabilità del richiedente il ricovero

(Delibera della Regione Lazio n. 434 del 27/03/2001)