

SCHEDA BIOGRAFICA PER PROPOSTA DI RICOVERO IN RIABILITAZIONE MOTORIA

AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE GIUNTA REGIONALE LAZIO N. 434 / 2001
E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER PRESENTARE LA RICHIESTA DI RICOVERO NEI REPARTI DI RIABILITAZIONE:

1) DOMANDA DI RICOVERO, 2) SCHEDA BIOGRAFICA (È IL PRESENTE DOCUMENTO),
3) LIBRETTO SANITARIO, 4) DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

PARTE A • DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO PROPONENTE

IL **MEDICO PROPONENTE** (MEDICO DI MEDICINA GENERALE) DOVRÀ COMPILARE IN OGNI SPAZIO, CAMPO E VOCE LA SEGUENTE "PARTE A" DELLA **SCHEDA BIOGRAFICA**.

IN MOLTI PUNTI LA COMPILAZIONE SARÀ FACILITATA DALLA PRESENZA DI QUADRATINI SUI QUALI SARÀ SUFFICIENTE METTERE UNA CROCETTA PER L'OPZIONE PRESCELTA.

PER MAGGIORE CHIAREZZA IL MEDICO, OVE RICHIESTO, SCRIVERÀ "NESSUNO / A " IN CASO DI ASSENZA DELLA PATOLOGIA O CONDIZIONE MORBOSA.

È NECESSARIO INFINE CHE IL MEDICO APPONGA NEGLI SPAZI PREDISPOSTI IL TIMBRO E LA FIRMA E CHE INDICHI IL PROPRIO TELEFONO E IL FAX.

SI RICORDA CHE QUESTA SCHEDA BIOGRAFICA VA ACCOMPAGNATA DALLA **RICHIESTA DI RICOVERO**, REDATTA DAL MEDICO PROPONENTE SU RICETTARIO REGIONALE.

PARTE B • DA COMPILARE A CURA DEL PAZIENTE E DEI FAMILIARI

"SCHEDE BIOGRAFICHE PER PROPOSTA DI RICOVERO" INCOMPLETE NELLA "PARTE A" E NELLA "PARTE B" NON POTRANNO ESSERE PRESE IN CONSIDERAZIONE

PARTE A

SI RICHIEDE IL RICOVERO PER RIABILITAZIONE MOTORIA DEL PAZIENTE:

COGNOME NOME
 DATA DI NASCITA / / ETÀ (anni) SESSO M F LUOGO DI NASCITA
 RESIDENZA Via/Piazza N. CITTÀ
 C.A.P. TEL. CELL. FAX.
 N. COD. REGIONALE N. COD. FISCALE

LUOGO / REPARTO DOVE SI TROVA ATTUALMENTE IL PAZIENTE: CASA OSPEDALE / CASA DI CURA

SE OSPEDALE / CASA DI CURA, QUALE

Via/Piazza N. CITTÀ C.A.P.

REPARTO DI TEL.

FAMILIARE A CUI FAR RIFERIMENTO:

NOME INDIRIZZO

TELEFONO CELLULARE

PRECEDENTI RICOVERI:

1) OSPEDALE DAL AL

DIAGNOSI

2) OSPEDALE DAL AL

DIAGNOSI

3) OSPEDALE DAL AL

DIAGNOSI

MOTIVO DELLA RICHIESTA DI RICOVERO

.....

DIAGNOSI DETTAGLIATA DELLA PATOLOGIA

.....

INIZIO E CAUSA DELLA PATOLOGIA

CONDIZIONI GENERALI STATO DI COSCIENZA

LIMITAZIONI ARTICOLARI

SENSIBILITÀ

PRESENZA DI DISTURBI DEL LINGUAGGIO NO SI QUALI

SE IL PAZIENTE È STATO SOTTOPOSTO AD INTERVENTO CHIRURGICO (CHE SI RIFERISCE ALLA PATOLOGIA OGGETTO DELLA PRESENTE PROPOSTA DI RICOVERO), COMPILARE LE DUE SEGUENTI RIGHE:

COMPLICANZE POST-OPERATORIE

CONDIZIONI POST-OPERATORIE

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE SOLO IN CASO DI RICHIESTA DI RICOVERO RIABILITATIVO SUCCESSIVO AD INTERVENTO CHIRURGICO PER IL TRATTAMENTO DI FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE (IN ACCORDO ALLA DETERMINA REG. N. 4118 DEL 9 NOVEMBRE 2007 – RAD-ESITO)

PROTESI D'ANCA: SI NO DATA DI ESECUZIONE*: / / ORA*:

RIDUZIONE: SI NO DATA DI ESECUZIONE*: / / ORA*:

LATO DELL'INTERVENTO**: (1:DESTRO 2: SINISTRO)

EMOGLOBINA PRE-OPERATORIA**: g/l (**NR: NON RILEVATA**) CREATININA PRE-OPERATORIA**: mg/dl (**NR: NON RILEVATA**)

*: In caso di più interventi dello stesso tipo, fare riferimento al primo in ordine di tempo
**: In caso di più interventi, fare riferimento al primo in ordine di tempo

ANAMNESI FISIOLÓGICA

TABAGISMO NO SI ; ALCOLISMO NO SI

CAPACITÀ DI: ALIMENTARSI IN MODO AUTONOMO NO SI ; VESTIRSI IN MODO AUTONOMO NO SI CON AIUTO

INCONTINENZA SFINTERICA: URINARIA NO SI A VOLTE ; DELL'ALVO NO SI A VOLTE

CATETERE VESCICALE A PERMANENZA NO SI ; PRESENZA DI CANNULA TRACHEALE NO SI

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA E PROSSIMA

DISTROFIE CUTANEE DERMATITI / -OSI CON ALTERAZIONE DELLA FUNZIONE DI BARRIERA) NO SI ; LOCALIZ.

LESIONI DA PRESSIONE (DECUBITI): NO SI

SEDE ; ESTENSIONE ; PROFONDITÀ

SEDE ; ESTENSIONE ; PROFONDITÀ

SEDE ; ESTENSIONE ; PROFONDITÀ

MALATTIE DELL'APPARATO SCHELETRICO E MUSCOLARE

ESITI DI FRATTURE

PRESENZA DI EVENTUALI RIPRODUZIONI OSSEE NO SI LOCALIZZAZIONE / I

MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO

MALATTIE DELL'APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO

FREQUENZA CARDIACA A RIPOSO bpm[?] ; P.A. MAX , MINIMA

FLEBOPATIE PREGRESSE O IN ATTO NO SI ; LOCALIZZAZIONE / I

ARTERIOPATIE PERIFERICHE NO SI ; LOCALIZZAZIONE / I

SCOMPENSO CARDIACO: NO SI CLASSE NYHA I II III CON STABILIZZAZIONE NO SI

MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE

INTERVENTI CHIRURGICI PREGRESSI (OGNI ORGANO E APPARATO)

PRESENZA DI ERNIE NO SI LOCALIZZAZIONE / I

MALATTIE DELL'APPARATO URO-GENITALE

MALATTIE METABOLICHE:

DIABETE MELLITO I TIPO II TIPO ; DISLIPIDEMIE NO SI QUALE

ALTRE

MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO

SISTEMA PIRAMIDALE

SISTEMA EXTRAPIRAMIDALE

PSICHIATRIA E SOCIALITÀ:

COMPORAMENTO E PERSONALITÀ

REAZIONI EMOTIVE: DEPRESSIONE AGGRESSIVITÀ ECCITAZIONE

NEGATIVISMO EUFORIA MANIERISMO

DISTURBI PSICHICI DI RILIEVO

COLLABORAZIONE: SI NO

DEAMBULAZIONE:

AUTONOMA NO SI ; CON AUSILI NO SI

CON AUSILI E L'AIUTO DI UNA PERSONA NO SI ; CON AUSILI E L'AIUTO DI DUE PERSONE NO SI

TERAPIA IN ATTO

IL PAZIENTE PUÒ INIZIARE LA RIABILITAZIONE ? SI NO

NUMERO DI TELEFONO DEL MEDICO ; FAX DEL MEDICO

ROMA

IL MEDICO PROPONENTE

(TIMBRO)

(FIRMA)

PARTE B

DICHIARAZIONI DI RESPONSABILITÀ AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE GIUNTA REGIONALE LAZIO N. 434 / 2001 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

INFORMAZIONI

ACCETTAZIONE

ALL'ATTO DELL'ACCETTAZIONE IL PAZIENTE VERRÀ SOTTOPOSTO A VISITA DA PARTE DEI MEDICI DELLA STRUTTURA DI RICOVERO E, QUALORA IL REALE STATO CLINICO DEL PAZIENTE RISULTASSE NON RISPONDENTE A QUANTO INDICATO NELLA PRESENTE SCHEDA BIOGRAFICA, IL RICOVERO NON POTRÀ ESSERE EFFETTUATO.

L'AMMISSIONE DEL PAZIENTE È SUBORDINATA AL PARERE DEI MEDICI AI SENSI DELL'ART. N. 14 DEL D.P.R. 27.3.1969, N. 128.

DIMISSIONE

PER IL NECESSARIO AVVICENDAMENTO DEI RICOVERI (NORMATIVE SUL "TURN OVER" E SULLE LISTE DI ATTESA), IL PAZIENTE, AL TERMINE DEL CICLO RIABILITATIVO, SU INDICAZIONE DEL MEDICO RESPONSABILE, DOVRÀ TORNARE AL PROPRIO DOMICILIO O RECARSÌ IN ALTRO PRESIDIO OSPEDALIERO O ISTITUTO EXTRA-OSPEDALIERO.

DICHIARAZIONI

IL PAZIENTE E I SUOI FAMILIARI (O IL TUTORE O IL CURATORE) SI IMPEGNANO AD ACCETTARE E RISPETTARE, A NORMA DI LEGGE, LE DECISIONI DEL MEDICO RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI RICOVERO CON RIGUARDO, COME SOPRA PRECISATO, ALLE MODALITÀ E AI TEMPI DI ACCETTAZIONE E DI DIMISSIONE.

IL PAZIENTE O IL PARENTE (O IL TUTORE O IL CURATORE) DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ:

DI NON AVER USUFRUITO NEL CORSO DELL'ANNO DI ALTRI RICOVERI, IN STRUTTURE DI RIABILITAZIONE, DERIVANTI DALL'EVENTO ACUTO OGGETTO DEL PRESENTE RICOVERO.

DI AVER USUFRUITO NEL CORSO DELL'ANNO DI ALTRI RICOVERI, IN STRUTTURE DI RIABILITAZIONE, DERIVANTI DALL'EVENTO ACUTO OGGETTO DEL PRESENTE RICOVERO E, PIÙ PRECISAMENTE, DAL AL

STRUTTURA*

**in caso di più ricoveri indicare soltanto l'ultimo effettuato*

Si autorizza, ai sensi degli artt. 13 e 14 Reg. UE 2016/679 e avendo preso visione dell'informativa allegata, il trattamento dei dati sopra riportati, che saranno raccolti e trattati nell'assoluto rispetto della riservatezza, ai soli fini amministrativi e clinici, in relazione alla proposta di ricovero, con le modalità previste dalle leggi e dai regolamenti vigenti.

ROMA

FIRMA DEL PAZIENTE

.....

DATI DEL PARENTE (O DEL TUTORE O DEL CURATORE):

COGNOME NOME

GRADO DI PARENTELA ; TUTORE CURATORE

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO N.

VIA / PIAZZA N. CAP CITTÀ

TELEFONO CELLULARE

Si autorizza, ai sensi degli artt. 13 e 14 Reg. UE 2016/679 e avendo preso visione dell'informativa allegata, il trattamento dei dati sopra riportati, che saranno raccolti e trattati nell'assoluto rispetto della riservatezza, ai soli fini amministrativi e clinici, in relazione alla proposta di ricovero, con le modalità previste dalle leggi e dai regolamenti vigenti.

ROMA

FIRMA DEL PARENTE (O DEL TUTORE O DEL CURATORE)

.....

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 2016/679, la Policlinico Italia S.r.l., con sede legale a Roma in Piazza del Campidano n. 6, in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali,

Le fornisce la seguente informativa

a) **Trattamento**

Per "trattamento" di dati personali, si intende qualsiasi operazione o insieme di operazioni compiute sui dati personali (raccolta, registrazione, organizzazione, strutturazione, conservazione, adattamento, modifica, estrazione, consultazione, uso, comunicazione mediante trasmissione, diffusione, raffronto, interconnessione, limitazione, cancellazione e distruzione).

b) **Finalità del trattamento**

Il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà finalizzato unicamente agli obblighi relativi alla gestione dei suoi rapporti con la "Residenza Sanitaria Assistenziale Policlinico Italia" e alla conservazione dei suoi dati nel nostro archivio. Il mancato conferimento di tali dati e il mancato consenso per il loro trattamento rende impossibile l'accoglimento della sua richiesta.

c) **Attività di profilazione**

La Policlinico Italia S.r.l. non effettua alcuna attività di profilazione, consistente in un trattamento automatizzato dei dati al fine della categorizzazione degli individui e dei loro comportamenti.

d) **Liceità/base giuridica del trattamento**

Il trattamento dei dati personali avverrà, per le finalità sopra indicate, secondo i principi di liceità e correttezza e in modo da tutelare la riservatezza attraverso la predisposizione di adeguate misure tecniche organizzative, al fine di evitare trattamenti non autorizzati o illeciti, o la perdita/distruzione/danni accidentali relativi agli stessi dati.

e) **Luogo del trattamento**

Il trattamento dei dati avverrà in territorio italiano.

f) **Categorie di soggetti destinatari dei dati o che possono venire a conoscenza degli stessi in qualità di responsabili o Persone autorizzate al trattamento**

Per il perseguimento delle finalità sopra descritte, Policlinico Italia s.r.l. necessita di trasferire e/o comunicare i dati personali raccolti a soggetti terzi con sede in Italia, appartenenti alle seguenti categorie:

- Comune di competenza
- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie Locali
- altri soggetti pubblici che ne facciano richiesta per finalità istituzionali, nei casi previsti dalle normative vigenti.
- dipendenti e collaboratori del Policlinico Italia S.r.l. nominati quali Responsabili o Persone autorizzate al trattamento.

g) **Tempi di conservazione**

La conservazione dei dati è legata all'espletamento delle suddette finalità del trattamento, sulla base della normativa vigente e degli obblighi di legge.

h) **Diritti dell'interessato e reclamo all'Autorità Garante**

Ai sensi degli artt. 15 e ss. del Reg. UE 2016/679 e del Provv. Garante Privacy n. 331 del 04.06.2015, Lei ha la possibilità di esercitare specifici diritti, in particolare: diritto di accesso, rettifica, cancellazione e portabilità dei dati personali, nonché il diritto di opposizione e limitazione del trattamento. Lei ha inoltre il diritto di conoscere e oscurare i dati all'interno del DSE.

Infine Lei ha il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la Privacy per lamentare una violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali e richiedere una verifica dell'Autorità stessa attraverso la modulistica presente sul sito www.garanteprivacy.it.

i) **Titolare del trattamento, Responsabile della Protezione dei Dati (RPD-DPO)**

Il Titolare del trattamento dei dati personali è la Policlinico Italia S.r.l., con sede a Roma in Piazza del Campidano n. 6, email: segreteria@policlinicoitalia.it.

Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD-DPO) è l'Avv. Giorgia De Zordo, email: gio.dezordo@gmail.com.