

SCHEDA BIOGRAFICA PER PROPOSTA/RICHIESTA DI RICOVERO IN RIABILITAZIONE MOTORIA

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

**PER IL RICOVERO IN RIABILITAZIONE, È NECESSARIO PRESENTARE,
ALL'ATTO DEL RICOVERO STESSO, IL LIBRETTO SANITARIO E UN DOCUMENTO**

PARTE A • DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO

LA COMPILAZIONE È 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.

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

SI RICORDA CHE È NECESSARIO APPORRE LA FIRMA NEGLI SPAZI PREDISPOSTI.

**“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 FISIOLOGICA

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 PREGRESSE (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:

COMPORTAMENTO 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

IL PAZIENTE PUÒ ESSERE TRASFERITO DAL REPARTO A PARTIRE DAL GIORNO

NUMERO DI TELEFONO DEL MEDICO ; FAX DEL MEDICO

Si autorizza, ai sensi del *D.Lgs n. 196/2003*, il trattamento dei dati sensibili 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

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 del D.Lgs n. 196/2003, il trattamento dei dati sopra riportati, che saranno raccolti e trattati nell'assoluto rispetto della riservatezza, ai soli fini amministrativi, 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 del D.Lgs n. 196/2003, il trattamento dei dati sopra riportati, che saranno raccolti e trattati nell'assoluto rispetto della riservatezza, ai soli fini amministrativi, 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)