

LOGO DELL'ISTITUTO
CHE FA LA RICHIESTA

MODULO UNICO PER LA RICHIESTA DI TRASFERIMENTO IN POST-ACUZIE

UO richiedente _____ telefono: _____ fax: _____ e-mail: _____

N. nosologico Cartella _____ Data compilazione ____/____/____

Nel caso la richiesta non provenga da Struttura Sanitaria specificare:

Richiesto da _____ telefono: _____ fax: _____ e-mail: _____

richiede la disponibilità di posto per ☐ **Ricovero ordinario** ☐ **Day Hospital in:**

- ☐ Unità Spinale (Codice 28)
☐ Recupero e Riabilitazione Funzionale (Codice 56)
☐ Neuroriabilitazione (codice 75)
☐ Lungodegenza (codice 60)
☐ Riabilitazione territoriale residenziale ☐ intensiva ☐ estensiva
☐ Riabilitazione territoriale semiresidenziale estensiva

SPECIFICARE SE:

- ☐ Ricovero conseguente ad evento acuto (ricovero in acuzie negli ultimi 12 mesi)
☐ Ricovero non conseguente ad evento acuto (non ricovero in acuzie negli ultimi 12 mesi)

Cognome _____ **Nome** _____

Luogo di nascita _____ **data di nascita** _____ **sex:** ☐ F ☐ M

Domicilio _____ **telefono** _____

Care-giver di riferimento e recapito _____

DIAGNOSI INSERITE NELLA SDO DI RICOVERO PER ACUTI PER IL RICOVERO IN RIABILITAZIONE (COME DA ELENCO CODICI ICD-9-CM INSERITI NEGLI ALLEGATI AL DM 05.08.2021)

- | | |
|--------------------------|----------------|
| ☐ | Cod. ICD-9-CM: |
| ☐ | Cod. ICD-9-CM: |
| ☐ | Cod. ICD-9-CM: |
| ☐ | Cod. ICD-9-CM: |
| ☐ | Cod. ICD-9-CM: |

NEL CASO LA RICHIESTA NON PROVENGA DA STRUTTURA SANITARIA SPECIFICARE LA DIAGNOSI PER APPROPRIATEZZA DIAGNOSTICA:

SCALE SEVERITA', COMORBIDITA' e DISABILITA':PER RICHIESTE DI RIABILITAZIONE IN **STRUTTURE CODICE 28**ASIA Impairment Scale: A ☐ B ☐ C ☐ D ☐PER RICHIESTE DI RIABILITAZIONE IN **STRUTTURE CODICE 56****MDC 1/8** Barthel Index: punteggio complessivo |__|__|__|**MDC 4/5**

Barthel Index Dispnea: punteggio complessivo |__|__|__|

Six minutes walking test: _____

PER RICHIESTE DI RIABILITAZIONE IN **STRUTTURE CODICE 75**

SCALA DRS (Disability Rating Scale): _____

LCF - Levels of Cognitive Functioning: _____

PER RICHIESTE DI LUNGODEGENZA IN **STRUTTURE CODICE 60**

Barthel: punteggio complessivo |__|__|__|

Cumulative Illness Rating Scale: punteggio complessivo |__|__|__|

Indice di Kantz: punteggio complessivo |__|__|__|

Note: _____

Data ricovero: __/__/____

Specificare reparto:

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 _____

Ulcere trofiche / da pressione (specificare sede e stadio)

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

Terapia in atto:	dosaggio	ev	os	Terapia in atto:	dosaggio	ev	Os
1				3			
2				4			

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	

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 risposta deve pervenire **entro 48 ore lavorative dalla richiesta**, come previsto normativa regionale vigente)

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

☐ ACCETTATA – DISPONIBILITA' IMMEDIATA
☐ ACCETTATA – INSERITO IN LISTA D'ATTESA
☐ NON APPROPRIATA *indicare criteri di esclusione ai sensi DCA 226/2018*

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

☐ ACCETTATA – DISPONIBILITA' IMMEDIATA
☐ ACCETTATA – INSERITO IN LISTA D'ATTESA
☐ NON APPROPRIATA *indicare criteri di esclusione ai sensi DCA 226/2018*

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)*

**INTEGRAZIONE MODULO UNICO PER RICHIESTA DI TRASFERIMENTO
PER QUADRI NEUROLOGICI O AD ALTA INTESITA' DI CURE**

Condizioni neurologiche

Paraplegia ☐ Tetraplegia ☐

Livello neurologico della lesione: _____

Altri interventi chirurgici correlati all'evento lesivo: _____

Eventuale patologia o comorbidità di rilievo psichico/psichiatrico no ☐ si ☐

Tipo: _____

Condizioni Respiratorie attuali:

Respiro spontaneo no ☐ si ☐ dal _____

Ventilazione meccanica no ☐ si ☐ se si: weaning no ☐ si ☐

NIV no ☐ si ☐ modalità _____

Ossigeno terapia: no ☐ si ☐ Lt/min _____

Drenaggio toracico no ☐ si ☐ sede _____ dal _____

Cannula tracheostomica no ☐ si ☐ Tipo : _____ n° _____ dal _____

Altri Devices :Catetere venoso: centrale ☐ periferico ☐ sede _____ dal _____Catetere arterioso ☐ sede _____ dal _____**Lesioni cutanee da pressione** no ☐ si ☐

sede _____ grado _____

sede _____ grado _____

Trombosi Venose Profonde no ☐ si ☐ sede _____Infezioni in atto: no ☐ si ☐ Germi MDR: _____emocultura : data _____ negativa ☐ positiva ☐ per _____broncoaspirato: data _____ negativo ☐ positivo ☐ per _____urinocultura: data _____ negativa ☐ positiva ☐ per _____tampone rettale: data _____ negativo ☐ positivo ☐ per _____**Terapia**

Endovenosa _____

Orale _____

Note aggiuntive: _____

Data.....

Nome del Medico

Riferimenti Tel: _____ Fax: _____ Email: _____

Dichiarazione di responsabilità del richiedente il ricovero
(Delibera della regione Lazio n.434 del 27/03/2001)

CASA DI CURA POLICLINICO ITALIA**FAX:****06 44005301****EMAIL:****accettazione@policlinicoitalia.it**