

OSPEDALE DI NARNI-AMELIA
S.S.D. DI RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA
RESPONSABILE: dr.ssa M.N. Suadoni

MODULO PER LA RICHIESTA DI TRASFERIMENTO IN RIABILITAZIONE

cognome e nome _____ nato/a il _____ a _____

codice fiscale _____ residente _____

in via _____ tel. _____

DIAGNOSI (specificare tipo e data di eventuale intervento chirurgico): _____

Patologie concomitanti: _____

Allergie riferite: _____

Obiettività delle ferite chirurgiche: _____

Presenza di decubiti: SI NO _____

Esami infettivologici/colturali in corso o accertati: SI NO _____

Necessità di isolamento protettivo (es. Clostridium): SI NO _____

Tampone molecolare Sars-CoV-2: esito _____ data _____

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 stornie	[] SI (specificare tipo e sede.....)	[] NO	

data _____

Medico inviante (firma e timbro): _____

NB: ALLEGARE AL PRESENTE MODULO LA TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO