

MODULO UNICO PER LA RICHIESTA DI TRASFERIMENTO IN RIABILITAZIONE EX ART 26 REGIME RESIDENZIALE

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

UO richiedente _____ telefono: _____ fax : _____ email: _____

richiede la disponibilità di posto in:

☐ Riabilitazione territoriale residenziale ☐ intensiva ☐ estensiva

Cognome _____ **Nome** _____

Luogo di nascita _____ data di nascita _____ sesso: ☐ F ☐ M

Domicilio _____ telefono _____

Care-giver di riferimento e recapito _____

PATOLOGIA OGGETTO DEL RICOVERO:

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 _____

SCALE SEVERITA', COMORBIDITA' e DISABILITA'

CIRS : Indice di severità Indice di comorbidità

BARTHEL : punteggio complessivo

Note: _____

Ulcere trofiche / da pressione (specificare sede e stadio) _____

Ferite Post Chirurgiche ☐ Coalescente ☐ Deiscenze ☐ Altro Altre patologie (specificare) _____

<i>Terapia in atto:</i>	dosaggio	ev	os	<i>Terapia in atto</i>	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 richiesta è stata INVIATA IN DATA _____ ALL'ISTITUTO _____ ☐ ACCETTATA ☐ NON ACCETTATA
La richiesta è stata INVIATA IN DATA _____ ALL'ISTITUTO _____ ☐ ACCETTATA ☐ NON ACCETTATA

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)