

Data anagrafici:
 Cognome Nome
 Luogo di nascita Data di nascita CF
 Domicilio Via n° Tel.
 Provenienza: Domicilio Ospedale Ospedale
 Reparto Fax Tel. Data ricovero
 Medico Referente Tel. Tel familiari

Ricovero richiesto in: U.O. Neuromotoria Unità Spinale

Disabilità oggetto di riabilitazione:

 Data evento acuto/intervento chirurgico/...../.....
 Tipologia.....
 Eventuali complicanze intercorse - stato ferita chirurgica.....

 Condizioni generali prima dell'evento acuto buone parzialmente disabilitanti scadute

Patologie concomitanti:
 Cardiovascolari.....
 Classe NYHA 1 2 3 4
 Arteriopatie periferiche.....
 Respiratorie (specificare se in O2 terapia/ventilazione meccanica invasiva e relative modalità)
 Sistema nervoso.....
 Decadimento cognitivo (specificare grado sec. MMSE)
 Psichiatriche.....
 Disturbi comportamentali (specificare tipologia)
 Tossicomania/tossicofilia (compreso alcolismo).....
 Disturbi del linguaggio
 Dismetaboliche.....
 Muscoloscheletriche.....
 Pregressi interventi chirurgici.....
 Pregressi traumi (specificare sede).....
 Patologie neoplastiche.....
 Metastasi.....
 Ulcere trofiche/da pressione (specificare sede e stadio)

 GIUDIZIO CLINICO: paziente stabile dal punto di vista internistico SI NO
 IN CASO DI PARTICOLARE COMPLESSITA' CLINICA SI PREGA DI ALLEGARE UNA RELAZIONE

PER PAZIENTE MIELOLESO

Causa
Traumatica
 Stradale Auto Moto
 Sport Ciclo Pedone
 Arma TS Lavoro Domestico
 Altro

Non Traumatica
 Vascolare Degenerativa Infiammatoria
 Neoplastica Autoimmune
 Altro

Tipologia Les. Vertebrale
 Frattura Lussazione
 Frattura / Lussaz. Nessuna

Trattamento Chirurgico Si No Data

Stabilizzazione Si No
 Decompressione Si No
 Nascis Si No

Livello Lesione
 C2-C6 C7-D7 D8-D12 LI-L5 Sacrale

ASIA Imp.Scale A B C D E

Lesione Complicata Si No

Gestione Vescicale:
 Minzione Volontaria
 Catet. A Permanenza
 Catet. Intern. bsp

Gestione Intestinale
 Autonomo Clistere Farmaci Altro

Tipologia Catetere interm.
 Marca

Modello

Condizioni generali attuali:	Buone <input type="checkbox"/> Discrete <input type="checkbox"/> Scadenti <input type="checkbox"/>	<u>PER PAZIENTE MIELOLESO</u> COMPLICANZE ATTIVE MOTIVO DELLA RICHIESTA DI RICOVERO terapia conservativa e/o chirurgica delle lesioni cutanee da pressione <input type="checkbox"/> deficit funzionale dell'arto superiore nel pz, tetraplegico <input type="checkbox"/> studio e trattamento delle POAN <input type="checkbox"/> diagnostica e terapia neuro/urologica <input type="checkbox"/> incremento delle infezioni delle vie urinarie <input type="checkbox"/> deficit respiratori <input type="checkbox"/> incremento del dolore <input type="checkbox"/> incremento della spasticità <input type="checkbox"/> intestino neurogeno <input type="checkbox"/> valutazione andrologica <input type="checkbox"/>
Paziente postcomatoso:	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> → con <input type="checkbox"/> senza <input type="checkbox"/> esiti acuti per il presente ricovero	
Collaborazione:	Totale <input type="checkbox"/> Parziale <input type="checkbox"/> Alternante <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/>	
Emotività: Depressione	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Eccitazione No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Aggressività No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	
Capacità di alimentarsi:	Autonomo <input type="checkbox"/> Disfagia No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/> → Imboccato <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Parenterale	
Trasferimenti (letto-carrozzina):	Mantiene la posizione eretta: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/> → Assistenza minima <input type="checkbox"/> Moderata <input type="checkbox"/> Massima <input type="checkbox"/>	
Deambulazione:	Autonomo <input type="checkbox"/> Autonomo con ausilio → Bastone <input type="checkbox"/> Deambulatore <input type="checkbox"/> Carrozzina <input type="checkbox"/> Non autonomo → Allettato <input type="checkbox"/> Carrozzina <input type="checkbox"/>	
Uso carrozzina:	Autonomo <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/>	
Fare le scale:	Autonomo <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Impossibile <input type="checkbox"/>	
Igiene personale:	Autonomo <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/>	
Fare il bagno:	Autonomo <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/>	
Gestione sfinteri:	Continente <input type="checkbox"/> Incontinenza urinaria <input type="checkbox"/> Fecale <input type="checkbox"/> Portatore di catetere vescicale dal ultimo cambio	
Presenza di:	Stomie → No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Sede Catetere venoso centrale → No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Sede	
Catetere venoso periferico	→ No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Sede	
Cannula tracheale	→ No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	
Fissatore esterno	→ No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Sede	
Apparecchio gessato	→ No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Sede	

Terapia farmacologica in atto: Specificare specialità, posologia e via di somministrazione. Allergie note:

 Chemioterapia: No Si

Rete sociale
 Presenza di rete familiare: No Si Note:.....

L'ammissione al ricovero è subordinata al parere del medico di accettazione della Casa di Cura ai sensi dell'art.14 del DPR n°128 del 27/03/1968. La pro posta di ricovero non verrà esaminata se non leggibile o incompleta.
 All'atto dell'accettazione il medico valuterà la congruità delle notizie contenute nella scheda con lo stato reale del paziente ed in caso di difformità lo stesso sarà rinvio al reparto di provenienza o a domicilio.
 La disponibilità di posto letto verrà comunicata a mezzo fax per i pazienti provenienti da ospedale, per i pazienti domiciliari essi verranno contattati telefonicamente qualche giorno prima del ricovero.
 I familiari si impegnano a riprendersi cura del paziente all'atto della dimissione o in caso di mancata accettazione.

Firma leggibile del paziente o del familiare (indicare grado di parentela)

Firma e timbro del Medico proponente Tel.