Associazione Silenziosi Operai della Croce – ONLUS

Casa di Cura Privata Accreditata Regione Piemonte *"MONSIGNOR LUIGI NOVARESE"*
Centro di Recupero e Rieducazione Funzionale -2° livello – cod. 56

13040 MONCRIVELLO (VC) Località Trompone
tel. 0161 426 337 – fax. 0161 426 336 e-mail: ricoveri@trompone.it web: www.trompone.it

PROPOSTA DI RICOVERO PER PAZIENTI PRIVATI

DATA ..... / …… / …… COGNOME…….NOME…….……...……

LUOGO E DATA DI NASCITA …… ……..……..……...

RESIDENZA …… PROV …….. VIA ……..……..…… .N° ……..

TELEFONO/I …….. EMAIL ……..

COGNOME, NOME E RECAPITI TELEFONICI CARE-GIVER : ……..……..……..……..

DIAGNOSI – DISABILITA' PER CUI SI RICHIEDE IL RICOVERO

……

OBIETTIVI – FINALITA' DEL RICOVERO

……

……

RECENTI RICOVERI IN OSPEDALI PUBBLICI O PRIVATI O CENTRI DI RIABILITAZIONE:

Ospedale o Casa di Cura ……..…… dal ……..…… al ……..……..

Diagnosi di Dimissione ……..

Ospedale o Casa di Cura ……..…… dal …….. al ……..……..

Diagnosi di Dimissione ……..

Ospedale o Casa di Cura ……..…… dal ……..… al ……..……..

Diagnosi di Dimissione ……..

ATTUALE COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE: ❑ CASA ❑ RSA ❑ CASA DI RIPOSO ❑OSPEDALE

PROBLEMATICHE SOCIALI ❑ NO ❑ SI ……...

CONVIVENTI AL DOMICILIO ……... BADANTE ❑ SI ❑NO

SE UTILIZZA AUSILI, QUALI ……...

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO

…….. …….. …….. ……..

…….. …….. …….. ……..

…….. …….. …….. ……..

…….. …….. …….. ……..

ULTIMI ESAMI ESEGUITI **DATA** ……..……

Hb……GB……PLTS……VES…… PCR ……CREATININA ……GLICEMIA……ALT……γGT……..……

ECG ……

RX TORACE ……

ANAMNESI

- ❑ **ORTOPEDICA**
  - ❑ DATA E DESCRIZIONE INTERVENTO……..……...……
  - ❑ CARICO CONCESSO ❑ SI ❑ NO DAL …… AUSILI ……

- ❑ **NEUROLOGICA**
  - ❑ DATA EVENTO ……..……
  - ❑ ISCHEMICO ❑ EMIPLEGIA DX ❑ EMIPLEGIA SX
  - ❑ EMORRAGICO ❑ EMIPLEGIA DX ❑ EMIPLEGIA SX
  - ❑ SM
  - ❑ TCE → OSSERVAZIONI: ……...……..……..……
  - ❑ PARKINSON
  - ❑ PARA/TETRAPLEGIA ……..……...……
  - ❑ LINGUAGGIO ❑ CONSERVATO ❑ AFASIA ❑ DISARTRIA

AFFEZIONI CONCOMITANTI:

- ❑ CARDIOLOGICHE ……..……..…..
- ❑ POLMONARI ……..……$O_{2\ TERAPIA}$……...……..
- ❑ DIABETE ……..……..…..
- ❑ ENDOCRINOLOGICHE ……..
- ❑ ONCOLOGICHE ……..……...…..
- ❑ INSUFFICIENZA RENALE ……...……..…..
- ❑ ALTRO ……..
- ❑ PORTATORE DI ❑ COLONSTOMIA ❑ TRACHEOSTOMIA ❑ PEG ❑ SNG ❑ CVC ….……...

ESAME OBIETTIVO PESO CORPOREO ……KG ALTEZZA …..…CM PAOS / fc ……..…../……

CONDIZIONI GENERALI ……...……..…..

❑ ORIENTATO S-T ❑ DISORIENTATO ❑ STATO CONFUSIONALE
❑ COLLABORANTE ❑ NON COLLABORANTE

LESIONI DA DECUBITO ❑ NO ❑ SI SEDE ……..

MEDICAZIONE IMPOSTATA ……...……..…..

PASSAGGI POSTURALI ❑ AUTONOMI ❑ CON MINIMO AIUTO ❑ TOTALMENTE DIPENDENTE

CONTROLLO DEL TRONCO ❑ SI ❑ NO ❑ PARZIALE

MOBILITA' A LETTO ❑ SI ❑ NO ❑ PARZIALE

DEAMBULAZIONE ❑ AUTONOMA ❑ CON AUSILI ❑ NON DEAMBULA

IGIENE PERSONALE ❑ AUTONOMA ❑ CON AIUTO ❑ TOTALMENTE DIPENDENTE

ALIMENTAZIONE
❑ E' IN GRADO ALIMENTARSI DA SOLO
❑ NON E' IN GRADO DI ALIMENTARSI DA SOLO
❑ DISFAGIA → NECESSITA DIETA →
- ❑ LIBERA
- ❑ SEMISOLIDA
- ❑ TRITATA
- ❑ ALTRO……..

CONTINENZA SFINTERI ❑ CONTINENTE ❑ INCONTINENZA URINE ❑ INCONTINENZA FECI

❑ DOPPIA INCONTINENZA ❑ CATETERE VESCICALE POSIZIONATO IL: …..……...…

MEDICO PROPONENTE (FIRMA E TIMBRO)

DATA DI COMPILAZIONE