

Medicina di Lungodegenza
Riabilitazione di I° Livello

Cognome.....Nome.....

Nata a.....Il.....

Residente inVia.....n.....

Recapiti telefonici.....

Diagnosi principale alla dimissione o diagnosi del Medico Curante :

.....
.....

Epoca di insorgenza.....

Obiettività attuale.....

.....
.....

Se praticati interventi chirurgici, natura dei medesimi ed indicazioni sul decorso futuro.....

Descrizione dettagliata di eventuali affezioni concomitanti.....

.....
.....

Condizioni psichiche:.....

1. **Vigilanza**.....

2. **Grado di collaborazione**.....

3. **Turbe del comportamento**.....

4. **Linguaggio**.....

Portatore di pace maker?

Si

No

Portatore di PEG/SNG?

Si

No

Portatore di Elastomero?

Si

No

Portatore di Ossigenoterapia?

Si

No

Mantiene la posizione seduta?

Con appoggio

Senza appoggio

Decubito indifferente?.....

VILLA IRIS S.r.l.

Via Cesare Pavese 12 – 10044 Pianezza (TO) – www.casadicuravillairis.it – email: direzione@villairis.srl
Tel 011.9663700 – fax 011.9682842 - P.IVA 03880520014

PROPOSTA DI RICOVERO

Emesso il 20/11/2024
Rev_2
M PG7-2_1

(per ricovero in regime di solvenza)

E' autonomo?

nell'igiene personale.....
 nel vestirsi.....
 nell'alimentazione.....
 nella deambulazione..... **possibile con**.....
 ha permesso di carico parziale..... **totale**.....

Continenza sfinterica:

vescicale	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no		anale	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
catetere	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no		stomia	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no

Trofismo cutaneo e presenza di eventuali piaghe da decubito con indicazione dettagliata della sede ed estensione.....

Precedenti ricoveri in questa struttura.....

Terapia in atto.....

Luogo e data

In fede (timbro e firma del Medico)

.....
.....

Familiare/Caregiver a cui fare riferimento per eventuali comunicazioni inerenti il paziente:

Cognome.....**Nome**.....

Residente in.....**telefono**.....

Grado di parentela.....

Dichiara di essere consapevole che il ricovero del paziente si protrarrà per il tempo necessario in base alla valutazione clinica
(firma ed indirizzo leggibili)

.....