

**PROPOSTA DI RICOVERO PRESSO L'ISTITUTO DI
RIABILITAZIONE S.STEFANO**

Cognome e nome _____ età anni _____

luogo e data di nascita _____

indirizzo _____ Tel _____

DATI ANAMNESTICI _____

Data insorgenza patologia per cui si richiede il ricovero

Paziente attualmente ricoverato presso: _____

a domicilio dal _____

EVENTUALI TERAPIE IN ATTO COMPRESA LA TERAPIA RIABILITATIVA (per i farmaci specificare tipo e posologia). _____

DIAGNOSI ATTUALE _____

ALLERGIE A FARMACI (se si specificare) _____

MALATTIE INFETTIVE E CONTAGIOSE IN ATTO (se si specificare) _____

DATI CLINICI

STATO GENERALE _____ alt. m. _____ peso kg. Piaghe da decubito (specificare sede ed estensione) _____

NUTRIZIONE: Normale Con sondino naso-gastrico Con PEG Con cibi semiliquidi

APPARATO CARDIO-VASCOLARE

Polso _____ PA _____

Vasi _____

APPARATO RESPIRATORIO

- RESPIRO:** Autonomo per vie naturali
 Autonomo per tracheostomia
 Assistito (specificare modalità)

- APPARATO DIGERENTE**
- | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Continenza fecale | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Ritenzione fecale | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

- APPARATO GENITO-URINARIO** Continente
 Incontinente: pannoloni
 catetere
 urocondom

APPARATO SCHELETRICO

SISTEMA NERVOSO E PSICHE

Parola

Stazione eretta

- Presenta o ha presentato disturbi psichiatrici o del comportamento? (se si specificare) _____

- È pericoloso per sé o per gli altri?

OCCHI E VISTA

ALTRI ORGANI E APPARATI

- Può mangiare da solo? SI NO con aiuto
- Può vestirsi da solo? SI NO con aiuto
- È indipendente negli spostamenti? SI NO con aiuto
- È indipendente nell'igiene personale? SI NO con aiuto

Data

Timbro e firma del medico

Indirizzo del Medico e n. di telefono