



**RICHIESTA DI RICOVERO IN RIABILITAZIONE INTENSIVA**

**DA COMPILARE DA PARTE DEL PAZIENTE O DEI FAMIGLIARI**

Il sottoscritto chiede di essere ricoverato nel reparto dei Riabilitazione Intensiva presso il Vs. Centro:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Comune di domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

Tel. e cell. \_\_\_\_\_ Familiare \_\_\_\_\_

Motivo del ricovero in Riabilitazione Intensiva:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

L'intervento è programmato presso l' Ospedale di \_\_\_\_\_

reparto \_\_\_\_\_ per la seguente data \_\_\_\_\_

La trasmissione della richiesta di ricovero non ha valore di prenotazione del posto letto. Pertanto la programmazione del ricovero verrà effettuata dal sanitario del Centro in base alla richiesta inviata dal medico ospedaliero o dal medico di famiglia (se il paziente è stato dimesso, il ricovero può essere effettuato solamente entro i 30 gg. dalla dimissione ospedaliera).

Il Centro è accreditato come struttura ex art. 26 Legge 833/1978 per questo in caso di residenza extra regione Marche, è necessario che il ricovero sia preventivamente autorizzato dall'Azienda Sanitaria di residenza, secondo le modalità che ciascuna regione ha adottato.

*Ai sensi del D.Lvo 196/2003 autorizzo la Fondazione don C. Gnocchi Onlus al trattamento dei dati personali e sensibili da me dichiarati nella presente richiesta, ai fini della presa in carico in regime di ricovero.*

Data di consegna \_\_\_\_\_ Firma paziente \_\_\_\_\_

All'atto del ricovero presso il nostro Centro il paziente deve essere fornito di:

- impegnativa del medico curante per "RICOVERO PER RIABILITAZIONE INTENSIVA IN STRUTTURA EXTRAOSPEDALIERA PER (specificare la diagnosi)"
- documento di riconoscimento
- lettera di dimissione ospedaliera



**RICHIESTA DI RICOVERO IN RIABILITAZIONE INTENSIVA**

**DA COMPILARE DAL MEDICO DEL REPARTO O DI FAMIGLIA**

- Attualmente ricoverato in :

Ospedale di \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

E' prevista la dimissione il \_\_\_\_\_

- Già dimesso :

dimesso dalla data \_\_\_\_\_

Attualmente a domicilio

RSA

Altro

- a) Diagnosi

\_\_\_\_\_

- b) Motivo del ricovero in Riabilitazione Intensiva (1):

\_\_\_\_\_

**CENNI SULL'ATTUALE SITUAZIONE CLINICA**

- Segnalare l'eventuale presenza di una o più delle seguenti condizioni:

portatore di cannula tracheale    ventilazione assistita    disturbi deglutizione    sondino NG  
alimentazione con PEG    incontinenza sfinterica    catetere vescicale    stomie    lesioni da  
pressione    involuzione senile    disorientamento spazio temporale    disturbi del comportamento  
ipertensione arteriosa    insufficienza renale cronica    diabete mellito    m. respiratorie  
CVC    misure di isolamento    altro \_\_\_\_\_

- Specificare eventuali situazioni di instabilità clinica \_\_\_\_\_

**LIVELLO ATTUALE DI AUTONOMIA (2)**

1. Alimentazione	autonomo	si con aiuto	no
2. Abbigliamento	autonomo	si con aiuto	no
3. Igiene personale	autonomo	si con aiuto	no
4. Passaggi posturali	autonomo	si con aiuto	no
5. Carico concesso		si	no
6. Deambulazione	autonomo	si con aiuto	no

Data di consegna \_\_\_\_\_

Firma del medico

\_\_\_\_\_

Legenda:

- 1) descrivere la causa che richiede il ricovero
- 2) segnalare, per ogni voce se il paziente è autonomo, se non lo è, se ha bisogno di aiuto