

Sig./Sig.ra.....nato/a a.....il.....sesso M F
 residente ain via
 domiciliato (se diverso da residenza) a in via

 attività lavorativa stato civile
 Documento n°iscrizione al S.S.N.
 Medico di base.....tel.....
 Familiare di riferimento tel

CENNI SULL'ANAMNESI E SULLE ATTUALI CONDIZIONI CLINICHE:

1. Diagnosi di natura e sede della malattia, che giustifica il ricovero
2. Data di inizio della malattia sopra indicata:
3. Ha avuto un periodo di coma? NO SI (indicare data)
 Durata del coma (n/giorni).....GCS (intera).....
4. Condizioni generali buone discrete scadenti Altezza: mt.....
 Peso: Kg.....
5. Stato della coscienza vigile obnubilato confuso
6. Deficit del linguaggio: Afasia
 Disartria
7. Collabora SI NO
8. Alimentazione: p. os SI NO
 enterale SI NO
 parenterale SI NO
 presenza **c.v.c.** SI data inserimento
9. Tossicomania, tossicofilia (compreso alcolismo) SI NO
10. Tracheostomia in atto SI NO
 Data ultima sostituzione cannula tracheostomia
11. Difficoltà respiratorie SI NO Ossigeno Terapia SI - EGA NO
12. Concomitanti condizioni morbose (compresa l'eventuale presenza di malattie contagiose o la condizione di portatore sano)
13. Pz infetto/colonizzato da germi MDR SI :specificare data dell' infezione e tipo di microrganismo .
14. Se NO specificare se è stato eseguito tampone rettale
15. Se SI allegare valutazione infettivologica
16. Intervento chirurgico SI NO (indicare quale)
 data intervento

17. Motilità volontaria:

Arto superiore dx	conservata	limitata	assente
Arto inferiore dx	conservata	limitata	assente
Arto superiore sx	conservata	limitata	assente
Arto inferiore sx	conservata	limitata	assente

Limitazioni articolari:.....

- Mantiene la posizione seduta SI NO
- Mantiene la stazione eretta SI NO Altre osservazioni
- Deambulazione assistita SI NO Supervisione Ausili
- Deambulazione autonoma SI NO
- Controindicazione al carico SI NO

18. continenza alvo SI NO
 SI NO
 Ultima sostituzione catetere vescicale.....
 continenza vescica Cateterismo intermittente SI NO pannoloni SI NO
 Condom SI NO

19. Trofismo cutaneo (indicare la presenza di lesioni da decubito e/o altre lesioni cutanee, precisando sede, estensione e profondità (in cm.)

Scala a punteggio di Norton

INDICATORI	VARIABILI			
CONDIZIONI GENERALI	BUONE	DISCRETE	SCADENTI	GRAVI
STATO MENTALE	LUCIDO	APATICO	COMA APALLICO	COMA
MOBILITA'	AUTONOMA	POCO LIMITATA	MOLTO LIMITATA	IMMOBILITA'
INCONTINENZA FECALE	ASSENTE	OCCASIONALE	CONTROLLATA DA FARMACI	CONTINUA
PUNTEGGIO INDICATORI	4	3	2	1
Punteggio Finale:.....		<input type="checkbox"/> RISCHIO ASSENTE <input type="checkbox"/> RISCHIO LIEVE <input type="checkbox"/> RISCHIO ELEVATO		

20. Precedenti condizioni morbose:.....
 21. Esami strumentali eseguiti (si allegano i seguenti referti):
 RMN TC : cerebrale / torace * rx torace * ecocardiogramma ECG Altro
 Esami ematochimici recenti (funzionalità epato-renale , elettroliti sierici , emocromo , Ves , PCR)
 22. Terapia medica attuale.....
 23. Luogo in cui si trova attualmente il Paziente: degente dal
 24. Coscienza:

Glasgow Coma Scale - Punteggio _____

Apertura occhi		Risposta vocale		Movimenti	
Spontanea	4	Orientata	5	Esegue ordini semplici	6
Alla chiamata	3	Confusa	4	Localizza il dolore	5
Al dolore	2	Parole improprie	3	Flessione degli arti al dolore	4
Nessuna	1	Suoni	2	Flessione anomala degli arti al dolore	3
		Nessuna	1	Estensione degli arti al dolore	2
				Nessuna	1

Il medico proponente dichiara formalmente che le informazioni contenute in questo modulo corrispondono a verità
 Data.....
 Recapito telefonico del medico..... (timbro, firma)
 nelle ore.....

IL MEDICO PROPONENTE

(La mancata compilazione integrale di questo modulo può determinare il rifiuto della proposta di ricovero o la richiesta di ulteriori precisazioni con allungamento dei tempi di attesa)

(Parte riservata all'I.R.C.C.S. NEUROMED)

Vista la Proposta di ricovero si ritiene Congruo Non congruo rispetto alle prescrizioni della Regione Molise cod.75 (Neuroriabilitazione).

Il Paziente dovrà presentarsi il giorno presso il Centro Unico Accettazione entro le ore 10.00 munito della seguente documentazione:

- Impegnativa del Medico di Medicina Generale per Ricovero in Neuroriabilitazione o lettera di trasferimento
 Tessera Sanitaria
 Documentazione Clinica e/o relativa all'ultimo ricovero effettuato (Lettera di Dimissione e terapia in corso)

Data

Il Responsabile del Reparto