

## QUESTIONARIO SANITARIO

Da compilarsi a cura del Medico curante o dall'Ospedale

COGNOME	NOME	ETA'
---------	------	------

### DIAGNOSI E MOTIVAZIONE RICHIESTA DEL RICOVERO


L'Inabilità attuale dal:	a seguito di:
<input type="radio"/> 1° Episodio	<input type="radio"/> ricaduta <input type="radio"/> peggioramento in quadro stabilizzato

### Condizioni patologiche concomitanti (specificare, data di insorgenza e gravità)


<b>Il paziente abitualmente vive:</b>	<input type="checkbox"/> solo	<input type="checkbox"/> con parenti	<input type="checkbox"/> con badanti
<b>Igiene personale:</b>	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> totalmente dipendente
<b>Abbigliamento:</b>	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> totalmente dipendente
<b>Alimentazione:</b>	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> totalmente dipendente
<input type="checkbox"/> disfagia	<input type="checkbox"/> sondino n.g.	<input type="checkbox"/> PEG	ALTRO _____
<b>Funzione respiratoria:</b>	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> alterata _____	
<b>Incontinenza urinaria:</b>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> saltuaria	<input type="checkbox"/> totale <input type="checkbox"/> cateterizzato
<b>Incontinenza fecale:</b>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> saltuaria	<input type="checkbox"/> totale <input type="checkbox"/> stomizzato
<b>Vista:</b>	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> compromessa	<input type="checkbox"/> cecità totale
<b>Udito:</b>	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> compromesso	<input type="checkbox"/> sordità totale
<b>Linguaggio:</b>	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> disartria	<input type="checkbox"/> afasia d'espressione <input type="checkbox"/> afasia globale
<b>Livello di coscienza:</b>	<input type="checkbox"/> integro	<input type="checkbox"/> parzialmente compromesso	<input type="checkbox"/> demente MMS _____
<b>Reattività psichica:</b>	<input type="checkbox"/> indifferente	<input type="checkbox"/> depresso	<input type="checkbox"/> ansioso <input type="checkbox"/> aggressivo <input type="checkbox"/> delirante <input type="checkbox"/> allucinato
<b>Piaghe da decubito:</b>	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> presenti sede: _____	
<b>Grado:</b>	<input type="checkbox"/> arrossamento	<input type="checkbox"/> disepitelizzazione	<input type="checkbox"/> interessamento del derma <input type="checkbox"/> necrosi

<b>Altri problemi clinico assistenziali:</b>

## TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO


## VALUTAZIONE CLINICA DEL PAZIENTE

<input type="checkbox"/> Stabilizzato (monitoraggio clinico strumentale programmabile)
<input type="checkbox"/> Moderatamente instabile ( a causa di _____ )
<input type="checkbox"/> Con problemi irrisolti (necessita di monitoraggio pluriquotidiano _____ )

prima dell'evento era:  autonomo fuori casa     autonomo al domicilio     in carrozzina     allettato

## Relazione funzionale aggiornata alla dimissione descrittiva del quadro neuromotorio e della collaborazione

<b>Passaggi posturali:</b>	<input type="checkbox"/> dipendente	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> autonomo			
<b>Verticalizzazione:</b>	<input type="checkbox"/> dipendente	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> autonomo			
<b>Deambulazione:</b>	<input type="checkbox"/> dipendente	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> autonomo			
	<input type="checkbox"/> Girello alto	<input type="checkbox"/> girello basso	<input type="checkbox"/> tripode	<input type="checkbox"/> bastone	<input type="checkbox"/> libero	
<b>Forza muscolare:</b>	5 normale	4 buona	3 discreta	2 scarsa	1 tracce	0 nessuno

collaborazione:  nulla/oppositiva     scarsa     buona

## RELAZIONE ORTOPEDICA

data frattura \_\_\_\_\_ data intervento \_\_\_\_\_

Artroprotesi     Endoprotesi    Cementata **SI NO**    Chiodo \_\_\_\_\_

Carico concesso:  sfiorante     parziale     libero

## Si richiedono controlli Radiografici e referti accertamenti diagnostici

Altre eventuali notizie:

Si informa il Medico compilatore che, qualora il quadro clinico riscontrato all'accettazione non dovesse corrispondere a quanto descritto, ostacolando il progetto riabilitativo, ci si riserva la facoltà di non prendere in carico il Paziente.

Timbro e firma del Medico

Indirizzo \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ data compilazione \_\_\_\_\_

**MODULO DI AMMISSIONE**

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**PROVENIENZA:**

- Casa
- Ospedale \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_  
degente dal \_\_\_\_\_
- Altra struttura \_\_\_\_\_  
ospite dal \_\_\_\_\_

**VIVE ABITUALMENTE:**

- solo ( o con coniuge non idoneo al supporto assistenziale )
- in famiglia (  con coniuge valido  con figli e\o nipoti )
- in struttura protetta ( Rsa, ecc.. )

**PARENTI E\O ALTRE PERSONE DI RIFERIMENTO:**

Sig. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Grado di parentela o sociale \_\_\_\_\_

Sig. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Grado di parentela o sociale \_\_\_\_\_

Sig. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Grado di parentela o sociale \_\_\_\_\_

Sig. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Grado di parentela o sociale \_\_\_\_\_

**DOCUMENTI RICHIESTI DA PRESENTARE AL RICOVERO**

1. carta d' identità in corso di validità
2. codice fiscale
3. tessera sanitaria originale
4. impegnativa regionale di ricovero
5. questionario di ammissione
6. documentazione clinica ( dimissione, esami, visite specialistiche, ecc... )