

RICHESTA DI RICOVERO/TRASFERIMENTO

Data _____

Cognome _____ Nome _____

Residenza: via _____ Comune _____

Tel. paziente _____ Tel. caregiver _____

Data di nascita __/__/__ Stato civile _____ Cod Fisc _____

Medico di Famiglia _____ (tel. _____)

Provenienza: domicilio
 ospedale/struttura _____

Patologie in atto: _____

Patologie anamnestiche _____

Stato mentale lucido ed orientato deficit cognitivo lieve-moderato (MMSE \geq 14)
 deficit cognitivo severo (MMSE < 14) obnubilato/coma

Alterazioni comportamentali [] assenti [] lievi [] moderate [] severe
(_____)

Cammino: [] autonomo [] possibile con ausili (_____)
[] cammino con aiuto umano [] letto/poltrona

Carico [] autorizzato [] non autorizzato per altri ____ giorni

Alimentazione [] autonomo [] minimo aiuto/supervisione [] imboccato [] SNG/PEG

Igiene personale [] autonomo [] minimo aiuto/supervisione [] dipendente

Continenza [] continente [] incontinenza occasionale [] incontinenza abituale

Catetere vescicale [] no [] si (posizionato il _____; ultimo cambio _____)

Decubiti [] no [] si (_____)

Altre necessità specifiche (es. ossigenoterapia, tracheoaspirazione, CVC, stomia, ecc.):
[] no [] si (_____)

Terapia in atto ed eventuali prescrizioni dietetiche:

Medico proponente (timbro e firma)

telefono reparto/struttura proponente
