



**RICHIESTA DI RICOVERO IN RIABILITAZIONE ESTENSIVA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di medico del Reparto \_\_\_\_\_  
Ospedale di \_\_\_\_\_ / MMG Tel. \_\_\_\_\_ chiede il  
ricovero in Riabilitazione estensiva per il seguente paziente:

**DATI DEL PAZIENTE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RICOVERO**

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. Cittadinanza \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

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

Tel./Cell. paziente \_\_\_\_\_ Medico curante \_\_\_\_\_

**Familiare di riferimento:** Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_

DIAGNOSI: \_\_\_\_\_

MOTIVO DEL RICOVERO IN RIABILITAZIONE ESTENSIVA:

La dimissione dal reparto ospedaliero è prevista per il giorno: \_\_\_\_\_

PATOLOGIE PREGRESSE \_\_\_\_\_

AUTONOMIA PREMORBOSA (indicare il livello di autonomia precedente il ricovero) Scala di Rankin mod:

<b>0</b>	Nessun sintomo
<b>1</b>	Nessuna disabilità significativa malgrado i sintomi: è in grado di svolgere tutte le attività ed i compiti abituali
<b>2</b>	Disabilità lieve: non riesce più a svolgere tutte le attività precedenti, ma è autonomo/a nel camminare e nelle attività della vita quotidiana
<b>3</b>	Disabilità moderata: richiede qualche aiuto nelle attività della vita quotidiana, ma cammina senza assistenza
<b>4</b>	Disabilità moderatamente grave: non è più in grado di camminare senza aiuto né di badare ai propri bisogni corporali
<b>5</b>	Disabilità grave: costretto/a a letto, incontinente e bisognoso/a di assistenza infermieristica e di attenzione costante
<b>TOTALE</b>	

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO (ANCHE TERAPIA AL BISOGNO):

E' IN GRADO DI COLLABORARE?  SI  NO

E' ORIENTATO NELLO SPAZIO E NEL TEMPO?  SI  NO



**RICHIESTA DI RICOVERO IN RIABILITAZIONE ESTENSIVA**

HA MANIFESTATO DISTURBI DEL COMPORTAMENTO O AGITAZIONE DURANTE IL RICOVERO?  SI  NO  
HA ASSUNTO IPNOINDUCENTI?  SI  NO

HA MALATTIE INFETTIVE?  SI QUALI? \_\_\_\_\_  NO  
MISURE DI ISOLAMENTO?  SI  NO

PIAGHE DA DECUBITO: SEDE \_\_\_\_\_ STADIO  I  II  III  IV

OSSIGENOTERAPIA?  SI (specificare litri/minuto) \_\_\_\_\_  NO

BRONCOASPIRAZIONE?  SI  NO CHEMIOTERAPIA?  SI  NO DIALISI?  SI  NO

**LIVELLO DI AUTONOMIA ATTUALE**

ALIMENTAZIONE:  AUTONOMO  NON AUTONOMO (da imboccare)  PARZIALMENTE AUTONOMO  
 OS  SNG  NPT  PEG

CONTINENZA SFINTERICA:  SI  NO

PANNOLONE  CATETERE VESCICALE  UROSTOMIA  COLONSTOMIA

VENTILAZIONE:  AUTONOMA  ASSISTITA \_\_\_\_\_

ABBIGLIAMENTO:  AUTONOMO  PARZIALMENTE AUTONOMO  NON AUTONOMO

IGIENE PERSONALE:  AUTONOMO  PARZIALMENTE AUTONOMO  NON AUTONOMO

CARICO CONCESSO?  SI  NO

PASSAGGI POSTURALI?  AUTONOMO  SI CON AIUTO  NO

DEAMBULAZIONE:  AUTONOMO  SI CON AIUTO  NO

**DATA RICHIESTA**

**FIRMA MEDICO RICHIEDENTE**

**Per l'ammissione presso la nostra struttura sono necessari:**

1. Consulenza fisiatrica con indicazione del setting riabilitativo.
2. Scorta di farmaci assunti dal paziente al momento della dimissione dal reparto ospedaliero o cronicamente assunti dal paziente al proprio domicilio; se durante il ricovero sono stati prescritti farmaci che necessitano piano terapeutico se ne richiede la copia

**Documentazione da fornire alla segreteria al momento del ricovero:**

1. Impegnativa del medico MMG inviante con la seguente dicitura "ricovero per riabilitazione estensiva in struttura extraospedaliera" con specifica della diagnosi;
1. In caso di *residenza fuori dalla Regione Marche* autorizzazione dell'Azienda Sanitaria di residenza;
2. Documento d'identità;
3. Tessera sanitaria;
4. Lettera di dimissione ospedaliera.