

MGC 90 Rev.5 2016 Pag. 1/2	Responsabile Medico	Fondazione Don Carlo Gnocchi - ONLUS CENTRO "S. MARIA DELLA PACE" - <i>Reparto ambulatoriale</i> <i>via Maresciallo Caviglia 30 – 00135 Roma</i> CENTRO "S. MARIA DELLA PROVVIDENZA" Presidio "S. AGNESE" – <i>Reparto ambulatoriale</i> <i>via Casal del Marmo, 401 – 00166 Roma</i>	
SCHEDA BIOGRAFICA PER RICHIESTA DI RIABILITAZIONE AMBULATORIALE			

Parte riservata al richiedente

Cognome Nome Data di nascita

Luogo di nascita Residenza

Tel. Cell. email

A.S.L. di appartenenza

Motivo della richiesta

Riabilitazione prescritta da

Data di inizio della attuale disabilità

Altre malattie presenti al momento

Eventuali farmaci assunti

.....

.....

Preferenza per eventuale ciclo di trattamento: mattina pomeriggio

N.B. Si suggerisce, per una valutazione più appropriata, di allegare alla presente scheda eventuali fotocopie di documentazioni già in possesso.

Data

Firma del richiedente

Contatti e numeri telefonici
Richiesta per il Centro S. Maria della Pace , via Maresciallo Caviglia - 30 n. fax 06. 33086412 email segreteria-medica.rm.smpace@dongnocchi.it informazioni tel. 06.33086415
Richiesta per il Centro S. Maria della Provvidenza – Presidio S. Agnese, via Casal del Marmo - 401 n. fax 06.3097772 email info.rm.smprovvidenza@dongnocchi.it informazioni tel. 06.33086500

MSC 90 Rev.5 2016 Pag. 1/2	Responsabile Medico	Fondazione Don Carlo Gnocchi - ONLUS CENTRO "S. MARIA DELLA PACE" - <i>Reparto ambulatoriale</i> <i>via Maresciallo Caviglia 30 – 00135 Roma</i> CENTRO "S. MARIA DELLA PROVVIDENZA" Presidio "S. AGNESE" – <i>Reparto ambulatoriale</i> <i>via Casal del Marmo, 401 – 00166 Roma</i>	
SCHEDA BIOGRAFICA PER RICHIESTA DI RIABILITAZIONE AMBULATORIALE			

Parte facoltativa riservata al medico (per una migliore valutazione della richiesta).

Diagnosi principale:

Altre condizioni morbose:

Notizie utili

	SI	NO
Stato di coscienza vigile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condizioni mentali integre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collabora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficit del linguaggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficit mobilità arti superiori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficit mobilità arti inferiori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficoltà alla deambulazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deambulazione con ausili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' portatore di presidio ortopedico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data

Il medico

(Timbro e firma)

Spazio riservato al Centro

- Ammissibile alle cure riabilitative
 - Riabilitazione **Estensiva**
 - Riabilitazione **Mantenimento**

- Non ammissibile
 - In base alla normativa vigente
 - In assenza di posti disponibili entro due mesi