


MS.RI.01 Rev. 05 Giu.2022 Pagina 1 di 2	DIREZIONE SANITARIA	Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Area Territoriale Centro CENTRO "E. BIGNAMINI" Via Matteotti, 56 – 60015 Falconara (AN)	
RICHIESTA DI RICOVERO IN RIABILITAZIONE INTENSIVA			

Il sottoscritto _____ in qualità di medico del Reparto _____
 Ospedale di _____ Tel. _____ chiede il ricovero in
 Riabilitazione Intensiva 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 INTENSIVA: _____

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: ☐

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

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO (ANCHE TERAPIA AL BISOGNO): _____


E' IN GRADO DI COLLABORARE? ☐ SI ☐ NO

E' ORIENTATO NELLO SPAZIO E NEL TEMPO? ☐ SI ☐ NO

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

Reparto di Riabilitazione Intensiva – Tel. 071 9160974 – Fax 071 0979099

Email: riab.intensiva.falconara@dongnocchi.it

MS.RI.01 Rev. 05 Giu.2022 Pagina 2 di 2	DIREZIONE SANITARIA	Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Area Territoriale Centro CENTRO "E. BIGNAMINI" Via Matteotti, 56 – 60015 Falconara (AN)	
RICHIESTA DI RICOVERO IN RIABILITAZIONE INTENSIVA			

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 intensiva 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.