



RICHIESTA DI RICOVERO IN RIABILITAZIONE INTENSIVA / DIURNO POSTACUTO

Il sottoscritto _____ in qualità di medico del Reparto _____
Ospedale di _____ / MMG Tel. _____ chiede il
ricovero in Riabilitazione Intensiva / trattamento postacuto 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/ trattamento postacuto:

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



RICHIESTA DI RICOVERO IN RIABILITAZIONE INTENSIVA / DIURNO POSTACUTO

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 inviata 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.