



SCHEDA DI PRENOTAZIONE RICOVERO

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
 Nato/a a _____ il ___/___/___ Comune di residenza _____
 Cittadinanza _____ Stato civile _____
 Professione _____ Tel. di riferimento (parenti) _____ - _____
 Ricoverato c/o ospedale _____ U.O. _____ Tel. _____ Operatore di rif.to _____

DIAGNOSI PRINCIPALE E MOTIVO DELLA PROPOSTA DI RICOVERO IN RIABILITAZIONE (In caso di intervento chirurgico, si prega di specificarne la tipologia)

Data evento indice: ___/___/___

GLASGOW COMA SCALE: ___ / ___ / ___

SCALA A.S.I.A.

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO: _____

AUTONOMIA

PRE-EVENTO INDICE:

DIPENDENZA LIEVE
 DIPENDENZA MODERATA

DIPENDENZA GRAVE
 DIPENDENZA COMPLETA

AUTOSUFFICIENTE

PATOLOGIE CONCOMITANTI IN ATTO

- | | |
|---|-----------|
| 1) Cardiaca (solo cuore)
diagnosi _____ | 1 2 3 4 5 |
| 2) Iptensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)
diagnosi _____ | 1 2 3 4 5 |
| 3) Vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)
diagnosi _____ | 1 2 3 4 5 |
| 4) Respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)
diagnosi _____ | 1 2 3 4 5 |
| 5) O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)
diagnosi _____ | 1 2 3 4 5 |
| 6) Apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)
diagnosi _____ | 1 2 3 4 5 |
| 7) Apparato G.I. inferiore (intestino, ernie)
diagnosi _____ | 1 2 3 4 5 |
| 8) Epatiche (solo fegato)
diagnosi _____ | 1 2 3 4 5 |
| 9) Renali (solo rene)
diagnosi _____ | 1 2 3 4 5 |
| 10) Altre patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)
diagnosi _____ | 1 2 3 4 5 |
| 11) Sistema Muscolo-Scheletro-Cute (muscoli, scheletro, tegumenti)
diagnosi _____ | 1 2 3 4 5 |
| 12) Sistema Nervoso Centrale e Periferico (non include la demenza)
diagnosi _____ | 1 2 3 4 5 |
| 13) Endocrine-Metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)
diagnosi _____ | 1 2 3 4 5 |
| 14) Psichiatrico-Comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)
diagnosi _____ | 1 2 3 4 5 |

- | | |
|-----------------------|--|
| 1- Assente | nessuna compromissione di organo/sistema |
| 2- Lieve | la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente (es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi) |
| 3- Moderato | la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario la prognosi è buona (es. colelitiasi, diabete, fratture) |
| 4- Grave | la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco) |
| 5- Molto grave | la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto del miocardio, stroke, embolia) |

SCALA BARTHEL / INDICE : _____	Dipendenz a completa	Dipendenz a grave	Dipendenz a moderata	Dipendenz a lieve	Autosuff.
Igiene personale	0	1	3	4	5
Bagno-Doccia (lavarsi)	0	1	3	4	5
Alimentazione	0	2	5	8	10
Abbigliamento	0	2	5	8	10
Continenza intestinale	0	2	5	8	10
Continenza urinaria	0	2	5	8	10
Trasferimenti letto-sedia	0	3	8	12	15
Toilette servizi	0	2	5	8	10
Scale	0	2	5	8	10
Deambulazione	0	3	8	12	15
Uso della carrozzina (alternativo a deambulazione)	0	1	3	4	5

Scala di Instabilità Clinica (S.I.C.) (barrare numero corrispondente)		
0	STABILE	Senza nessun particolare problema, o con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico(*) programmabile ad intervalli maggiori di 60 giorni
1	MODERATAMENTE STABILE	Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico programmabile ad intervalli di 30 – 60 giorni
2	MODERATAMENTE INSTABILE	Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico programmabile ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta/settimana
3	INSTABILE	Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico NON programmabile, presumibilmente una o più volte la settimana, ma non quotidiano
4	ALTAMENTE INSTABILE	Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico quotidiano
5	ACUZIE	Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico pluriquotidiano

(*) visita medica completa o valutazione attenta "problema orientata" e/o esami di laboratorio e/o esami strumentali

AUSILI GIA IN USO PER LA GESTIONE DELLE INSUFFICIENZE FUNZIONALI						Altro
Ausili per movimento	No	Bastone/gruccia	Arto artificiale	Carrozzina		
Gestione incontinenza	No	Pannoloni	Catetere vescicale	Ano artificiale		
Gestione diabete	No	Solo dieta	Ipoglicemizzanti orali	Insulina		
Alimentazione artificiale	No	Sondino	PEG	Parenterale parziale	NPT	
Insufficienza respiratoria	No	Ossigeno gassoso	Ossigeno liquido	Tracheotomia	Ventilatore	
Dialisi	No	Dialisi extracorporea	Dialisi peritoneale			
Circolo	CVC: Tipo: _____ Data: _____		CVP: Tipo: _____ Data: _____		Altro: _____	

CUTE: Intgra; LDD Sede _____ Stadio (NPUAP) ____; L. Vascolare Sede _____; Ferita ch. Sede _____

LINGUAGGIO: Normale; Afasia motoria; Afasia sensitiva Disartria; Altro _____

VISTA: Normale; Cecità; Altro _____

UDITO: Normale; Ipoacusia; Altro _____

STATO DI AGITAZIONE: No; Psicica; Motoria; Altro _____

DETERIORAMENTO COGNITIVO: No; Sì (MMSE _____); Altro _____

CARICO: No; Sì; Parziale _____; Con ausili _____; Altro _____

ALLEGARE VALUTAZIONE FISIATRICA O SPECIFICARE OBIETTIVI RIABILITATIVI

DIMISSIBILE DAL: ____/____/____

Data di compilazione: ____/____/____

QUALIFICA E FIRMA DEI COMPILATORI _____/_____