

**MODULO UNICO PER LA RICHIESTA DI TRASFERIMENTO IN RIABILITAZIONE (adulti)**

N. nosologico Cartella \_\_\_\_\_

Data compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**UO richiedente** \_\_\_\_\_ telefono: \_\_\_\_\_ fax : \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

richiede la disponibilità di posto in:

- Riabilitazione intensiva post-acuzie  
 Lungodegenza Medica-Riabilitativa  
 Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite (UGCA)  
 Unità Spinale  
 Centro Spinale  
 Unità per Gravi Patologie Cardiologiche  
 Unità per Gravi Patologie Respiratorie  
 Riabilitazione territoriale residenziale  intensiva  estensiva  
 Riabilitazione territoriale semiresidenziale estensiva

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

 Luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_ sesso:  F  M

Domicilio \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Care-giver di riferimento e recapito \_\_\_\_\_

**PATOLOGIA OGGETTO DEL RICOVERO:**

\_\_\_\_\_

 Data d'inizio della menomazione sopraindicata: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Intervento Chirurgico: Si  No 

Tipo intervento chirurgico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data intervento chirurgico: \_\_\_\_\_

 Divieto carico: Si:  No:  Eventuale carico differito a: \_\_\_\_\_ gg \_\_\_\_\_

**SCALE SEVERITA', COMORBIDITA' e DISABILITA'**

CIRS : Indice di severità |\_\_| Indice di comorbidity |\_\_|

BARTHEL : punteggio complessivo |\_\_|\_\_|\_\_|

Note: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ulcere trofiche / da pressione (specificare sede e stadio) .....

 Ferite Post Chirurgiche  Coalescente  Deiscenze  Altro  Altre patologie (specificare).....

<b>Terapia in atto:</b>	dosaggio	ev	os	<b>Terapia in atto:</b>	dosaggio	ev	os
1				3			
2				4			

**CONDIZIONI CLINICHE**

Condizioni generali  BUONE  DISCRETE  SCADENTI

Paziente stabile dal punto di vista internistico  SI  NO

Paziente post comatoso  SI  NO SE Si, GCS (punteggio) ..... e durata coma >24 ore

Collaborazione  TOTALE  PARZIALE  ALTERNANTE  ASSENTE

Comprensione  TOTALE  PARZIALE  ALTERNANTE  ASSENTE

Motilità volontaria  TOTALE  PARZIALE \_\_\_\_\_  ASSENTE

Deambulazione  AUTONOMO  AUTONOMO CON AUSILIO  NON AUTONOMO  IMPOSSIBILE

Controllo Tronco  TOTALE  PARZIALE  ASSENTE

Stazione eretta  SI  SI, CON AUSILI  NO

Stazione seduta  SI  NO

Motilità articolazioni  TOTALE  PARZIALE  ASSENTE

Capacità di alimentarsi  AUTONOMO DISFAGIA  SI  NO  
 NON AUTONOMO  IMBOCCATO  SNG  PEG  PARENTERALE

Igiene personale  AUTONOMO  CON AIUTO  DIPENDENTE

Controllo dell'alvo  SI  PARZIALE  NO

Controllo minzione  SI  PARZIALE  NO

Catetere vescicale a permanenza  SI (data inserimento o dell'ultimo cambio.....)  NO

Presenza cannula tracheale  SI (specificare tipo e data di inserimento.....)  NO

Ventilazione meccanica  SI (specificare tipo e modalità.....)  NO

Ossigenoterapia  SI (specificare modalità.....)  NO

Portatore di CVC  SI (specificare il tipo e la sede.....)  NO

Portatore di CV Periferico  SI (sede e data di inserimento.....)  NO

Presenza di stomie  SI (specificare tipo e sede.....)  NO

Fissatore esterno  SI (specificare tipo e sede.....)  NO

Apparecchio gessato  SI (specificare tipo e sede.....)  NO

Infezioni in atto/microrganismi alert\*  SI  NO

**INFORMAZIONI AGGIUNTIVE SOLO PER RICHIESTA TRASFERIMENTO UGCA**

Il paziente è in postura di decorticazione o decerebrazione?  SI  NO

Il paziente presenta agitazione psico-motoria ?  SI  NO

Il paziente esegue ordini semplici ?  SI  NO

**INFORMAZIONI AGGIUNTIVE SOLO PER RICHIESTA TRASFERIMENTO US/CENTRO SPINALE**

Il paziente è  paraplegico  tetraplegico

Livello di lesione documentato all'RX

**RICHIESTA DI TRASFERIMENTO**

La richiesta è stata INVIATA IN DATA \_\_\_\_\_ ALL'ISTITUTO.....  ACCETTATA  NON ACCETTATA

La richiesta è stata INVIATA IN DATA \_\_\_\_\_ ALL'ISTITUTO.....  ACCETTATA  NON ACCETTATA

Data trasferimento \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico del reparto

.....

Timbro e firma del medico specialista in riabilitazione

.....

\*La struttura per acuti ha l'obbligo di valutare ed indicare la presenza di colonizzazioni che richiedono misure di isolamento, per consentire alla struttura riabilitativa di predisporre posti letto idonei (isolamento in coorte)