

Gentile Collega,

Le invio la scheda di accettazione per eventuale ricovero presso l'U.O. di Riabilitazione Intensiva da compilare in tutte le sue parti.

Insieme alla scheda Vi prego di inviare tutta la documentazione clinica utile per valutare le condizioni generali del paziente (dimissione reparto per acuti, ultimi esami ematochimici, etc).

All'atto del ricovero verrà eseguita visita di accettazione sanitaria per valutare le reali potenzialità riabilitative del paziente.

In assenza di posto disponibile si inserirà il paziente in lista di attesa, con classe di priorità associata.

Necessita inoltre di richiesta di Ricovero per Riabilitazione Intensiva ed allegato E.

Cordiali Saluti

Dott. Daniele Polisano

Tel. 0923557311

Email riabilitazione@villadeigerani.tp.it

Alla CASA DI CURA VILLA DEI GERANI DOTT. A. RICEVUTO S.R.L. – U.O. Riabilitazione

VIA A. MANZONI 83 -Casa Santa - 91016 Erice Trapani

Tel. +39 0923 557311 e-mail: riabilitazione@villadeigerani.tp.it / urp@villadeigerani.tp.it

C.A. Dott. Daniele Polisano, Responsabile U.O. Riabilitazione

Scheda per accettazione ricovero in U.O. Riabilitazione

Anagrafica del paziente

Cognome e Nome _____ età _____ sesso [] M [] F

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Codice fiscale _____

Indirizzo di residenza _____

Telefono _____

Care – Giver (Nome cognome e grado di Parentela): _____

Telefono Caregiver _____

Provenienza: [] da Casa [] da Ospedale: _____

Diagnosi clinica: _____

INTEVENTO CHIRURGICO _____

DATA: _____

DIVIETO DI CARICO: [] SI [] NO, eventuale carico differito a _____ giorni

Patologie presenti: _____

Pregressi interventi chirurgici e/o ricoveri: _____

Condizioni generali: [] Scadenti [] Buone [] Discrete [] Ottime

Collaborazione: [] Totale [] Parziale [] Assente

Comprensione: [] Totale [] Parziale [] Assente



Stazione Seduta : SI NO

Stazione Eretta: SI SI con ausili NO

Deambulazione? Autonomo Autonomo con Ausili Non Autonomo

Capacità di alimentarsi? Autonomo Non Autonomo Imboccato

Igiene personale? Autonomo Con aiuto Dipendente

Vestirsi? Autonomo Con aiuto Dipendente

Controllo dell'Alvo? SI Parziale NO

Controllo della Minzione? SI Parziale NO

Catetere vescicale? SI NO

Lesioni da pressione ? SI, sede e grado _____ NO

Infezioni in Atto? SI NO

Situazione clinica PRIMA dell'evento acuto

Deambulazione Indipendente Con Aiuto Dipendente

Attività di vita quotidiana: Indipendente Con Aiuto Dipendente

Terapia Medica in corso: _____

Data _____

Il MEDICO Dott _____
