

DOMANDA DI RICOVERO STANDARD

Cognome: _____ Nome: _____

Nato il: _____ A: _____

Residente a: _____ Via: _____ N° _____

Domiciliato a: _____ Via: _____ N° _____

Stato civile: _____ Professione: _____ Scolarità: _____

Codice Fiscale: _____ Tessera Sanitaria: _____

Cittadinanza: Italiana Altro: _____ Permessi di soggiorno: Sì No Codice STP: Sì No

Invalidità Civile	Indennità accompagnamento	Pensione
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> In corso	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> In corso Data di attivazione: _____	<input type="checkbox"/> Minima <input type="checkbox"/> Anzianità <input type="checkbox"/> Reversibilità <input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> Altro: _____

FAMILIARI O CONOSCENTI DI RIFERIMENTO

Tutore Curatore Amministratore di sostegno

1 Parentela: _____ Cognome e Nome: _____
 Residente a: _____ Via: _____ N° _____
 Telefono casa: _____ Cellulare: _____

2 Parentela: _____ Cognome e Nome: _____
 Residente a: _____ Via: _____ N° _____
 Telefono casa: _____ Cellulare: _____

SITUAZIONE SOCIALE

PRIMA DEL RICOVERO IL PAZIENTE VIVE o VIVEVA CON

Solo/a Con figli sposati Con il coniuge Badante

RSA/RSD Con figli non sposati Altro (specificare): _____

Assistito al domicilio: No Sì (da: Parente CMA ADI Altro)

Al domicilio sono presenti barriere architettoniche? Sì No

ALLA DIMISSIONE DALLA NOSTRA UNITA' OPERATIVA POTRA' RIENTRARE DOVE SI TROVAVA PRIMA DEL RICOVERO?

<input type="checkbox"/> SI Se non può rientrare al domicilio compilare gli item qui a fianco	<input type="checkbox"/> NO, perché: _____	
	E' già stata avviata eventuale domanda di ricovero in RSA/RSD?	
	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, con il seguente riscontro: _____
	E' stata fatta segnalazione al Servizio Sociale del Territorio?	
	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, con presa incarico <input type="checkbox"/> Sì, senza riconoscimento di presa in carico
	E' stato preso in carico dal Servizio Sociale dell'Ospedale dove ora si trova?	
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, con il seguente riscontro: _____	

COMPILATORE DELLA SITUAZIONE SOCIALE

Qualifica (paziente, familiare, assistente sociale, ecc)	Cognome e Nome	Telefono	Firma

QUESTIONARIO SANITARIO

(da compilarsi a cura del medico di medicina generale o dell'ospedale)

DIAGNOSI - MOTIVO DEL RICOVERO RICHIESTO (allegare eventualmente ulteriore doc clinica)

.....

.....

Data dell'eventuale evento acuto:

Data dell'eventuale intervento chirurgico:

COMORBILITA'

1.

4.

2.

5.

3.

6.

DOVE SI TROVA IN QUESTO MOMENTO IL PAZIENTE

- Domicilio
 Nel Reparto _____ dell'Ospedale: _____ Dal giorno: _____
 Altro: _____

NUMERI DI TELEFONO PER ESSERE CONTATTATI:

UNITA' OPERATIVA IN CUI SI RICHIEDE CHE VENGA RICOVERATO

- | | | | |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Riabilitazione Specialistica | <input type="checkbox"/> Riabilitazione Generale Geriatrica | <input type="checkbox"/> Medicina | Per l'UO di Cure Subacute usare Mod. 450 |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|

BADL

<p style="text-align: center;">Continenza</p> <input type="checkbox"/> (1) Continente per feci e urine <input type="checkbox"/> (0) Perdite occasionali <input type="checkbox"/> (0) Incontinenza urinaria <input type="checkbox"/> Incontinenza fecale <input type="checkbox"/> (0) Colonstomia <input type="checkbox"/> Catetere vescicale in sede	<p style="text-align: center;">Andare in bagno</p> <input type="checkbox"/> (1) Va in bagno da solo <input type="checkbox"/> (0) Ha bisogno di assistenza per andare o quando è in bagno <input type="checkbox"/> (0) Non si reca in bagno per l'eliminazione
<p style="text-align: center;">Lavarsi</p> <input type="checkbox"/> (1) Fa il bagno da solo <input type="checkbox"/> (0) Assistenza solo per una parte del corpo o per calze <input type="checkbox"/> (0) Assistenza per più parti del corpo (o per bidet)	<p style="text-align: center;">Vestirsi</p> <input type="checkbox"/> (1) Si veste da solo <input type="checkbox"/> (1) Assistenza solo per allacciarsi le scarpe <input type="checkbox"/> (0) Ha bisogno di assistenza per vestirsi
<p style="text-align: center;">Alimentarsi</p> <input type="checkbox"/> (1) Si alimenta senza assistenza <input type="checkbox"/> (1) Assistenza solo per tagliare la carne <input type="checkbox"/> (0) Deve essere imboccato <input type="checkbox"/> (0) PEG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> Disfagia	<p style="text-align: center;">Mobilizzazione</p> <input type="checkbox"/> (1) Si sposta senza assistenza <input type="checkbox"/> (0) Si sposta solo se assistito <input type="checkbox"/> (0) Allettato, non esce dal letto

PASSAGGI POSTURALI

- Autonomo Con 1 persona Con 2 persone Impossibili

IL PAZIENTE PUO' DEAMBULARE?

- NO SI (specificare da quando):
 Con arto in scarico Con carico parziale Con carico Con ausili/ortesi:

SENSORIO

COMUNICAZIONE - COLLABORAZIONE

Vista	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> compromessa	<input type="checkbox"/> molto compromessa	Si	No	Disattento Agitato Delirante Deficit cognitivo (disorientamento) Wandering (vagabondaggio) Vengono usati i seguenti mezzi di contenzione:
Udito	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> compromessa	<input type="checkbox"/> molto compromessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Linguaggio	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> disartria	<input type="checkbox"/> afasia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

TEGUMENTI

- | | |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cute integra | Grado EPUAP della lesione |
| <input type="checkbox"/> Lesione da decubito in sede: | <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> 4° |

TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO (specificare posologia)

.....

.....

VALUTAZIONE DELLA STABILITA' CLINICA DEL PAZIENTE

- Moderatamente stabile Moderatamente instabile Instabile

NOTE - ALTRI PROBLEMI CLINICI ED INFORMAZIONI UTILI

.....

.....

Data, Firma e Timbro del Medico	Telefono
---------------------------------	----------

Documenti da allegare: fotocopia Codice Fiscale, fotocopia Carta Identità, fotocopia Codice Fiscale, Progetto Riabilitativo (eventuale), Richiesta di ricovero su ricettario regionale. Faxare o consegnare direttamente all'Ufficio Accettazione di Casa di Cura Ambrosiana (Fax **02.4587.6860**). NB. L'incompleta compilazione della presente scheda potrebbe comportare il rifiuto della domanda.