



FONDAZIONE SANTA LUCIA

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione per la riabilitazione neuromotoria

00179 Roma - Via Ardeatina, 306 - Tel. +39 06515011 - Fax +39 065032097 www.hsantalucia.it

OGGETTO: proposta di ricovero

Sig.

nat..... a (.....) il

domiciliata a Via

tel. attività lavorativa stato civile

documento n° iscrizione S.S.N. Medico di base

CENNI SULL'ANAMNESI E SULLE ATTUALI CONDIZIONI CLINICHE:

1) Diagnosi di natura e sede della malattia, che giustifica il ricovero:

.....

2) Data d'inizio della malattia sopra indicata **è stato in COMA?** **SI • NO •**

3) Condizioni generali: buone discrete scadenti Altezza: m Peso: Kg 4) Demenza: **SI** **NO**

5) Stato della coscienza: vigile obnubilato confuso 6) Deficit neuropsicologici e del linguaggio **SI** **NO** afasia disartria aprassia

Collabora: **SI** **NO** 7) Alimentazione enterale parenterale p.os **SI** **NO** **SI** **NO**

8) Tossicomania, tossicofilia (compreso l'alcolismo) **SI** **NO** 9) Trachestomia in atto **SI** **NO**

10) Difficoltà respiratorie **SI** **NO**

11) Concomitanti condizioni morbose (compresa l'eventuale presenza di malattie contagiose o la condizione di portatore sano)

.....

12) Intervento chirurgico: **SI** **NO** (indicare quale)

.....data intervento

13) Motilità volontaria **assente** Arto superiore dx **conservata** **limitata** Arto inferiore dx **conservata** **limitata** **assente** Arto superiore sin. **conservata** **limitata** **assente** Arto inferiore sin. **conservata** **limitata** **assente**

Limitazioni articolari

.....

mantiene la stazione eretta	SI	NO	Altre osservazioni:
mantiene la posizione seduta	SI	NO	
deambula	SI	NO
controindicazioni al carico	SI	NO	

14) Continenza vescica SI NO
continenza alvo SI NO

15) Trofismo cutaneo (indicare se ci sono piaghe da decubito, precisando, in caso affermativo, sede estensione in cm. e profondità)
.....

16) Precedenti condizioni morbose:

17) Esami strumentali eseguiti (allegare eventuale referto)

ECG Risonanza Magnetica TC Elettromiografia Ecografia

18) Terapia in atto:

19) Luogo in cui si trova attualmente il paziente:

20) Precedenti ricoveri

21) Obiettivo riabilitativo

SCHEDA AGGIUNTIVA PER SINDROME POST-COMATOSA
(da compilare esclusivamente se il paziente ha avuto un episodio di coma)

COSCIENZA:

Il paziente fissa e segue con lo sguardo? SI • NO •

Il paziente esegue ordini? SI • NO •

Il paziente muove spontaneamente uno o più arti? SI • NO •

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

Il paziente presenta agitazione psico-motoria? SI • NO •

Il paziente si alimenta per os? SI • NO •

Il paziente presenta frequenti ipertemie e/o infezioni ricorrenti? SI • NO •

Data

(Recapito telefonico del medico.....)

(nelle ore

IL MEDICO PROPONENTE
(timbro, firma ed eventuale qualifica)

(La mancata compilazione integrale di questo modulo può determinare il rifiuto della proposta di ricovero o la richiesta di ulteriori precisazioni con allungamento dei tempi di attesa)

(PARTE RISERVATA ALL'OSPEDALE S.LUCIA)

Data

IL PRIMARIO