



Dati Anagrafici	Cognome <input type="text"/>	Nome <input type="text"/>
	Nato/a il <input type="text"/>	A <input type="text"/>
	Residente a <input type="text"/>	in Via <input type="text"/>
	Telefono <input type="text"/>	Vive solo/a <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Conviventi <input type="text"/>

A N A M N E S I	Diagnosi e data di inizio della patologia per cui si richiede l'intervento riabilitativo	
	<input type="text"/>	
	Altre patologie concomitanti (<i>barrare se presenti</i>)	<input type="checkbox"/> Cardiopatia ischemica <input type="checkbox"/> Fibrillazione atriale <input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa <input type="checkbox"/> TVP <input type="checkbox"/> Diabete mellito <input type="checkbox"/> BPCO
	Altro (<i>specificare</i>)	<input type="text"/>
	Precedenti ricoveri per riabilitazione <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Presso quale struttura <input type="text"/>

Quando <input type="text"/>	Precedenti ricoveri in questa Casa di Cura <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Ultimo ricovero nell'anno <input type="text"/>
-----------------------------	--	--

C O N D I Z I O N I A T T U A L I	Vigilanza <input type="checkbox"/> Rid <input type="checkbox"/> Norm <input type="checkbox"/> Orientato <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Collaborante <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Agitato <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Depresso <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>	
	Paziente allettato <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Da quanto tempo? <input type="text"/>	Necessità assistenza continuativa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
	CVC, stomie, cannule tracheali, etc. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> (<i>specificare</i>) <input type="text"/>	
	Decubiti e/o altre ev. lesioni cutanee <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> (<i>specificare</i>) <input type="text"/>	
	Dispnoico <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> A riposo <input type="checkbox"/> Da minimo sforzo <input type="checkbox"/> Necessita O ₂ terapia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Quanto? <input type="text"/>	
	Incontinenza <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> (<i>specificare</i>) <input type="checkbox"/> Urinaria <input type="checkbox"/> Fecale <input type="checkbox"/> Doppia incontinenza <input type="checkbox"/> Catetere urinario permanente <input type="checkbox"/>	
	Comunicazione verbale possibile <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Afasia <input type="checkbox"/> Disartria <input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Fluida <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/> Peso (Kg) _____	
	Si alimenta da solo/a con il cibo già preparato nel piatto? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Senza aiuto <input type="checkbox"/> Con aiuto modesto <input type="checkbox"/> Con aiuto intenso <input type="checkbox"/>	
	E' in grado di vestirsi (con gli abiti indossati usualmente)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Senza aiuto <input type="checkbox"/> Con aiuto modesto <input type="checkbox"/> Con aiuto intenso <input type="checkbox"/>	
	Provvede alla propria igiene (lavarsi, rassettersi, etc.)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Senza aiuto <input type="checkbox"/> Con aiuto modesto <input type="checkbox"/> Con aiuto intenso <input type="checkbox"/>	
Può stare seduto/a in letto senza appoggiare la schiena? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Senza aiuto <input type="checkbox"/> Con aiuto modesto <input type="checkbox"/> Con aiuto intenso <input type="checkbox"/>		
Esegue trasferimenti letto-sedia-carrozzina e viceversa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Senza aiuto <input type="checkbox"/> Con aiuto modesto <input type="checkbox"/> Con aiuto intenso <input type="checkbox"/>		
Può mantenere la stazione eretta per almeno un minuto? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Senza aiuto <input type="checkbox"/> Con aiuto modesto <input type="checkbox"/> Con aiuto intenso <input type="checkbox"/>		
E' in grado di camminare in piano con o senza ausili? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Senza aiuto <input type="checkbox"/> Con aiuto modesto <input type="checkbox"/> Con aiuto intenso <input type="checkbox"/>		

PER I PAZIENTI ORTOPEDICI Concesso il carico? No Sì A partire dal _____

Parenti o altre persone disponibili ad assistere il Paziente durante la degenza? No Sì (*specificare*) _____

Nominativo Medico di Base (se diverso dal medico proponente) Recapito tel.

MEDICO PROPONENTE
Dott.
Telefono:

MEDICO PROPONENTE
<i>Timbro e firma</i>

DIREZIONE SANITARIA OSPEDALIERA
<i>Timbro e firma</i>
(obbligatorio per Pazienti ricoverati)

Data
