



Centro Riabilitativo Veronese

MODULO DI RICHIESTA
TRASFERIMENTO – RICOVERO
PRESSO IL CENTRO RIABILITATIVO VERONESE
SEDE MARZANA

Alla cortese attenzione del Responsabile dell'U.O. di Medicina Fisica e Riabilitazione
Dr. Claudio Bulighin

TEL 045-8392259
FAX 045-8392261
E-mail: degenze@centroriabilitativoveronese.it

Dall'ospedale di _____

Reparto _____ Recapito telefonico _____

Nome e Cognome del paziente proposto		
Data di nascita	Luogo	Regione di residenza
Diagnosi principale		
Data e tipologia d'intervento (area ortopedica)	Carico concesso: <input type="checkbox"/> Scarico <input type="checkbox"/> Sforante <input type="checkbox"/> Parziale progressivo	
Patologie concomitanti		
BARTHEL - INDEX		
Alimentazione <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Dieta per disfagici <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEG	Stato cognitivo - Precedente diagnosi di decadimento cognitivo SI NO - Disturbi comportamentali SI NO	
Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si dal _____
Ossigeno	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si _____ l/min
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Obiettivi Riabilitativi (specificare): _____ _____ _____		
Grado di collaborazione: <input type="checkbox"/> Ottimo <input type="checkbox"/> Buono <input type="checkbox"/> Discreto <input type="checkbox"/> Insufficiente		
Supporto familiare <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Discreto <input type="checkbox"/> Ottimo		
Terapia farmacologica in atto		

DATA _____

FIRMA LEGGIBILE
