

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

TEL 045-8392259

FAX 045-8531788

E-mail: degenze@centroriabilitativoveronese.it

Dall'ospedale di _____

Reparto _____ Recapito telefonico _____

Nome e Cognome del paziente proposto		
Data di nascita	Luogo di nascita	Comune di Residenza
Diagnosi principale		
AREA ORTOPEDICA e NEUROCHIRURGICA		Carico concesso:
Data intervento _____		<input type="checkbox"/> Scarico
Tipologia d'intervento _____		<input type="checkbox"/> Sforante
		<input type="checkbox"/> Parziale progressivo
Patologie concomitanti: _____		
Isolamento da contatto: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tipologia di infezione _____		
BARTHEL - INDEX : _____ PESO KG. _____ ALTEZZA _____		
Alimentazione		Stato cognitivo
<input type="checkbox"/> Autonomo		- Precedente diagnosi di decadimento
<input type="checkbox"/> Dieta per disfagici		cognitivo SI NO
<input type="checkbox"/> SNG		- Disturbi comportamentali SI NO
<input type="checkbox"/> PEG		
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 sociale		
<input type="checkbox"/> Famiglia in grado di occuparsi autonomamente dell'assistenza		
<input type="checkbox"/> Famiglia in difficoltà o non in grado di assistere adeguatamente		
<input type="checkbox"/> Paziente privo/a di rete familiare		
<input type="checkbox"/> Paziente già seguito/a dai Servizi Sociali del territorio		
FAMIGLIARE DI RIFERIMENTO _____		Recapito tel. _____
Terapia farmacologica in atto:		

DATA _____

FIRMA LEGGIBILE _____