

SCHEDA CLINICA INFORMATIVA
per il trasferimento del paziente

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> in Riab. SPECIALISTICA | <input type="checkbox"/> in RSA ed altre Strutture Socio-Sanitarie |
| <input type="checkbox"/> in Riab. MANTENIMENTO | <input type="checkbox"/> a Domicilio |
| <input type="checkbox"/> in Riab. GENERALE / GERIATRICA | <input type="checkbox"/> Alloggio protetto |

Cognome e Nome paziente	
nato/a	il
Comune di residenza	
Indirizzo	
CODICE FISCALE	

Sintesi diagnostica	→
Evento indice e data insorgenza	→
Altre Patologie in atto ed eventuali allergie	→
Terapia in atto	→

Disfagia Si No Afasia/disartria Si No

Nutrizione per os Sondino n-g PEG Parenterale

Respirazione normale Ossigeno Ventilazione meccanica con tracheostomia

Aspirazione secrezioni bronchiali Si No

Presenza deficit sensoriali Visivi Uditivi

Portatore di:

Pace Maker Catetere perdurale Catetere venoso centrale Pompa elastomerica

Tracheostomia Urostomia Colostomia Catetere vescicale

Protesi Ortesi Quali:.....

Presenza Piaghe da decubito Si No Eventuali sedi

Altre lesioni: Si No

Segue →

STATO DI COSCIENZA	<input type="checkbox"/> Vigile	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo verbale	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo doloroso	<input type="checkbox"/> Non risponde
Eventuale punteggio Glasgow Coma Scale			
Deterioramento cognitivo	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> lieve/moderato	<input type="checkbox"/> grave	
Comprensione ordini semplici	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Disturbi del comportamento	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> lievi/moderati	<input type="checkbox"/> gravi	
↪ Specificare			

ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

	Indipendente	Parzialmente Dipendente	Totalmente Dipendente	
Capacita' di fare il bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso dei servizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Continenza Sfinterica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di alimentarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cammina	<input type="checkbox"/> da solo	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> protesi- ausili	<input type="checkbox"/> usa carrozzella
Allettato	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Se si, specificare da quanto tempo	mesi.....	anni.....

SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE


Abitazione	<input type="checkbox"/> Idonea	<input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche	
Vive solo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Supporto familiare /caregiver	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

E' già stato sottoposto a terapia riabilitativa?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
↪ Con quali risultati?	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Nullo

Attuale capacita' di collaborazione ad interventi riabilitativi:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente
Orientamento sulle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

Struttura inviante

In fede

.....


.....
(timbro e firma del Medico)

Luogo e data,.....