

SCHEMA CLINICA INFORMATIVA
per il trasferimento del paziente

- | | |
|--|--|
| ☐ in Riab. SPECIALISTICA | ☐ in RSA ed altre Strutture Socio-Sanitarie |
| ☐ in Riab. MANTENIMENTO | ☐ a Domicilio |
| ☐ in Riab. GENERALE / GERIATRICA | ☐ 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	☐ Vigile	☐ Risposta a stimolo verbale	☐ Risposta a stimolo doloroso	☐ Non risponde
Eventuale punteggio Glasgow Coma Scale				
Deterioramento cognitivo	☐ assente	☐ lieve/moderato		☐ grave
Comprensione ordini semplici	Si ☐ No ☐			
Disturbi del comportamento	☐ assenti	☐ lievi/moderati		☐ gravi
Specificare				

ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

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

SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE

Abitazione	☐ Idonea	☐ Presenza barriere architettoniche	
Vive solo	☐ Si	☐ No	
Supporto familiare /caregiver	☐ Presente	☐ Parziale	☐ Assente

E' già stato sottoposto a terapia riabilitativa?	☐ Si	☐ No	
Con quali risultati?	☐ Positivo	☐ Parziale	☐ Nullo

Attuale capacita' di collaborazione ad interventi riabilitativi:	☐ Presente	☐ Parziale	☐ Assente
Orientamento sulle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni:	☐ Presente	☐ Parziale	☐ Assente

Struttura inviante

In fede

.....

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

Luogo e data,.....