



Struttura:
UOSD C.O.R.I.

Tipo documento:
MODELLO

Richiesta di ammissione in strutture di riabilitazione estensiva extraospedaliera

Livello:
U.O.

Revisione n.:
01

Data:
02-09-2013

Sigla:
MOD2B_PO01_CORI_Rev_01

Pagina:
1 di 1

INVIARE PER AUTORIZZAZIONE AL FAX N° 075-8298739 – Centro Ospedaliero Riabilitazione Intensiva (C.O.R.I.)

DATI ANAGRAFICO-CLINICI

Assistito _____ Nato il _____ Residente _____
Via _____ Tel _____ Peso _____ Reparto _____
Diagnosi principale: _____
Diagnosi secondarie: _____
Int. Chirurgico (data): _____ Tipo intervento chirurgico: _____

QUADRO DISABILITÀ ORTOPEDICA

frattura femore
 artroprotesi anca
 artroprotesi ginocchio
 altro _____
 carico a tolleranza
 carico parziale
 carico sfiorante
 carico non conc. (x gg) _____

QUADRO DISABILITÀ NEUROLOGICA

monoparesi
 emiparesi
 paraparesi
 tetraparesi
 s. cerebellare
 s. extrapiramidale
 polineuropatia
 altro _____

ALTRA DISABILITÀ

SITUAZIONE FUNZIONALE ATTUALE:

Posizione seduta: autonoma con aiuto
Ortostatismo: autonomo con aiuto/ausili impossibile
Cammino: con aiuto/ausili non in grado di camminare

COMPLICANZE

febbre
 anemia acuta (Hb<10 g/dl)
 BPCO riacutizzata
 Insuff. respiratoria (In O2 ter.)
 scompenso cardiaco in atto
 infezione vie urinarie
 diarrea
 TVP recente (<7 gg)
 Ipert. arteriosa mal controllata
 Ipotensione ortostatica
 diabete mellito scompensato
 agitazione psicomotoria
 stato soporoso
 altro _____

CONDIZIONI ASSOCIATE

catetere vescicale
 SNG/PEG
 cat. venoso centr.
 uro/colostomia
 tracheotomia
 altro: _____

NUTRIZIONE

Disfagia
 per OS
 SNG/PEG
 In fase di svezzamento da SNG/PEG

COMORBILITÀ

M. di Parkinson
 M. Alzheimer
 neoplasia in radio o chemiot.
 portatore di pacemaker
 crisi epilettiche mal controllate
 IMA recente (<30 gg)
 lesioni da decubito
 terapia dialitica in atto
 grave deficit visivo/uditivo
 ischemia arti inferiori
 altro: _____

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO

Terapia e.v. _____
 Terapia Anticoagulante Orale
 altro: _____

SITUAZIONE FUNZIONALE PRIMA DELL'ATTUALE EVENTO INDICE

Attività vita quotidiana (ADL): autonomo sorveglianza/aluto fisico minimo rilevante aluto fisico
Cammino: libero autonomo con ausili con aluto
Stato cognitivo: normale compromissione lieve (sorveglianza incostante) compromissione grave (sorveglianza stretta/aluto)

Disponibilità di familiare/caregiver a domicilio: presente non presente vive solo

Data _____

Il Medico (timbro e firma)

PARTE RISERVATA AL C.O.R.I.

SI AUTORIZZA IL RICOVERO IN STRUTTURA DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA: SI NO

NOTE: _____

Data _____

Il medico del C.O.R.I. (timbro e firma)