

**CENTRO EXTRAOSPEDALIERO RIABILITAZIONE ESTENSIVA VILLA CECILIA**  
**Loc La Molinella 2/A 06065 PASSIGNANO S/T PG Tel 075.8296035 - Fax. 075828155**

Cognome..... nome..... nato il..... sesso .....

Residenza in ..... Cap.....città.....

Provincia..... telef..... attività lavorativa.....

Stato civile.....familiare di riferimento.....telef.....

Cod. fiscale..... libretto sanitario.....

dato evento acuto.....medico di riferimento.....

reparto..... ASO..... distretto..... ASL.....

diagnosi principale.....

Diagnosi secondarie.....

<p><b>QUADRO ORTOPEDICO</b></p> <p><input type="checkbox"/> frattura      <input type="checkbox"/> protesi</p> <p><input type="checkbox"/> amputazione      <input type="checkbox"/> les.ten-</p> <p>leg</p> <p><input type="checkbox"/> altro      <input type="checkbox"/> flogosi</p> <p><u>Distretto anat. Interessato</u></p>	<p><b>QUADRO NEUROLOGICO</b></p> <p><input type="checkbox"/> emiparesi/plegia      <input type="checkbox"/> Sindr. Cerebellare</p> <p><input type="checkbox"/> paraparesi/plegia      <input type="checkbox"/> deficit cognitivo</p> <p><input type="checkbox"/> tetraparesi/plegia      <input type="checkbox"/> polineuropatia</p> <p><input type="checkbox"/> Sindr.extrapiramidale      <input type="checkbox"/> altro</p>	<p><b>LIVELLO COSCIENZA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>coma</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>stato vegetativo</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>stato soporoso</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>normale</b></p>
--	--	--

<b>COMPLICANZE</b>	<b>ALIMENTAZIONE</b>	<b>SUPPORTI INVASIVI</b>
<input type="checkbox"/> febbre <input type="checkbox"/> piaghe da dec. <input type="checkbox"/> cardiache	<input type="checkbox"/> parenterale	<input type="checkbox"/> fissatori est. <input type="checkbox"/> Busto ortop
<input type="checkbox"/> respiratorie <input type="checkbox"/> stato anemico <input type="checkbox"/> osteoporosi	<input type="checkbox"/> peg	<input type="checkbox"/> catetere vescicale <input type="checkbox"/> tracheostomia
<input type="checkbox"/> crisi ipertens <input type="checkbox"/> tromb.ven. prof. <input type="checkbox"/> diabete	<input type="checkbox"/> sondino naso gastr.	<input type="checkbox"/> catetere venoso <input type="checkbox"/> altro.....
<input type="checkbox"/> crisi epilett. <input type="checkbox"/> crisi neurov. <input type="checkbox"/> urinarie	<input type="checkbox"/> per os	

<b>DISFAGIA</b>	<b>AFASIA</b>
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

<b>IL PAZIENTE MANTIENE</b>	<b>DEAMBULAZIONE</b>	<b>AUSILI</b>
<input type="checkbox"/> SOLO POSIZ. ALLETTATA	<input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> SI SENZA CARICO	<input type="checkbox"/> TRIPODE <input type="checkbox"/> STAMPELLE
<input type="checkbox"/> ANCHE POSIZ. SEDUTA	<input type="checkbox"/> SI CON CARICO SFIORATO	<input type="checkbox"/> DEAMBUL. <input type="checkbox"/> CARROZZINA
<input type="checkbox"/> ANCHE POSIZ. ERETTA	<input type="checkbox"/> SI CON CARICO PARZIALE	<input type="checkbox"/> SPONDE + LETTO
	<input type="checkbox"/> <b>SI</b> CON CARICO TOTALE	<input type="checkbox"/> MATERASSO ANTIDECUBITO

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO ALLA DIMISSIONE

La compilazione corretta di questo modulo è indispensabile per un primo inquadramento clinico e del carico assistenziale del paziente. Si prega di compilarlo in ogni sua parte. È possibile barrare più di una casella dello stesso gruppo. Al momento dell'eventuale accettazione del paziente presso questa struttura, l'ospedale proponente dovrà fornire copia della cartella clinica o almeno dei referti degli esami che hanno condizionato la diagnosi.

Data      Medico proponente (timbro, firma ed eventuale qualifica)

<b>PARERE</b> <input type="checkbox"/> favorevole <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> a visita <b>DATA RICOVERO</b> .....
--

Motivazione.....

Data parere..... medico U.O.....