



INI

ISTITUTO
NEUROTRAUMATOLOGICO
ITALIANO

INI divisione Città Bianca (Veroli) Tel. 07753381- Fax. 0775338171

PROCEDURA PER IL RICOVERO IN RIABILITAZIONE POST-ACUZIE

PAZIENTI PROVENIENTI DA STRUTTURE DI RICOVERO PER ACUTI

L'apposito modulo per la domanda di ricovero in riabilitazione post-acuzie deve essere compilata dal medico di Reparto dell'Ospedale che inoltra apposita richiesta.

Per essere valutate le domande di ricovero dovranno essere compilate in tutte le parti ed in particolare devono riportare: la data dell'inizio del ricovero, il luogo in cui si trova il paziente, il timbro, la firma leggibile ed il recapito telefonico del medico proponente. La mancata compilazione delle voci sopraindicate impedirà la valutazione della scheda.

*A seguito della D.G.R. n°266 del 12/04/2007 pubblicata sul Bollettino Ufficiale Reg.Lazio n°16 parte prima del 09/06/2007 **potranno essere ricoverati pazienti provenienti solo da reparti per acuti per un evento non antecedente a 30gg, salvo interventi chirurgici/eventi acuti intersorsi, ovvero da provenienza dal domicilio se l'intervento riabilitativo è stato procrastinato per motivi clinici dal reparto per acuti di dimissione.***

Le domande, consegnate o inviate per **fax (0775/338171)** all'Ufficio Accettazione, verranno valutate dal Responsabile del Reparto Riabilitativo della Casa di Cura INI Città Bianca che può riservarsi di richiedere ulteriore documentazione medica integrativa.

L'esito della domanda può essere:

- Accettazione della domanda;
- Richiesta di ulteriori informazioni cliniche;
- Incongruità del ricovero riabilitativo.

Nel caso la domanda venga accettata, il paziente viene messo in lista di attesa; appena disponibile il posto letto l'eventuale data del ricovero verrà comunicata tramite fax alla Direzione Sanitaria dell'Ospedale proponente.

N.B. Ogni Direzione Sanitaria è invitata a dare comunicazione al nostro Ufficio Accettazione Ricoveri al verificarsi dei casi in elenco :

- il paziente per cui è stata presentata la domanda di ricovero sia stato trasferito in un'altra Struttura riabilitativa per dare modo ai pazienti di altri Ospedali di potersi ricoverare presso la Casa di Cura INI Città Bianca;***
- il paziente sia tornato al proprio domicilio in quanto resta comunque in lista di attesa.***

Al momento dell'ingresso il paziente dovrà essere accompagnato da un familiare e munito, ai sensi della normativa vigente, dei seguenti documenti:

- carta di identità;
- numero di codice regionale;
- nome e codice del medico curante;
- documentazione clinica relativa al periodo precedente il ricovero (cartelle cliniche, radiografie, analisi, prescrizioni di terapie effettuate ed altri accertamenti diagnostici già eseguiti)

Non possono in nessun caso essere effettuati ricoveri senza i documenti sopra indicati.



Richiesta:

PROT _____ DATA _____

ACCETTATA in riabilitazione _____ per il ____/____/____

NON ACCETTATA per: _____

Data _____ LA COMMISSIONE _____

PROPOSTA DI RICOVERO IN RIABILITAZIONE POST-ACUZIE (Cod. 56)

DATI ANAGRAFICI:

Cognome.....Nome.....

Luogo di nascita Data di nascita Cittadinanza

CF.....Domicilio Via

n°.....Tel.....Tel.familiari.....

Provenienza: Domicilio Ospedale

Ospedale di..... Data ricovero..... Reparto.....

Medico referente..... Fax Tel.

RICOVERO RICHIESTO IN:

Day-Hospital (Accred. D 18/2010)

U.O. Neuromotoria

U.O. Cardiologica

U.O. Respiratoria

(Accred. D.G. R .N°152 del 14/02/2005)

(Accred. D.G. R . N°152 del 14/02/2005)

(Accred. D.G. R . N°152 del 14/02/2005)

DISABILITA' E OGGETTO DI RIABILITAZIONE.....

Data evento acuto	Data intervento chirurgico	Data richiesta per il ricovero
...../...../...../...../...../...../.....

Condizioni generali prima dell'evento acuto: buone parzialmente disabilitanti scadute

PATOLOGIE CONCOMITANTI:

Cardiovascolari..... Classe NYHA 1 2 3 4

Arteriopatie periferiche.....

Respiratorie (specificare se in O2 terapia/ventilazione meccanica invasiva e relative modalità)

Sistema nervoso.....

Decadimento cognitivo (specificare grado sec. MMSE).....

Psichiatriche.....

Disturbi comportamentali (specificare tipologia).....

Tossicomania/tossicofilia (compreso alcoolismo)..... Disturbi del linguaggio.....

Dimetaboliche..... Muscoloscheletriche.....

Pregressi interventi chirurgici..... Pregressi traumi (specificare sede).....

Patologie neoplastiche.....Metastasi.....

Ulcere trofiche/da pressione (specificare sede e stadio)

GIUDIZIO CLINICO: paziente stabile dal punto di vista internistico SI NO



Condizioni generali attuali: Buone Discrete Scadenti
 Paziente postcomatoso: No Si → con senza esiti acuti per il presente
 ricovero Collaborazione: Totale Parziale Alternante Assente
 Emotività: Depressione No Si Eccitazione No Si Aggressività No Si
 Capacità di alimentarsi: Autonomo Disfagia No Si
 Non autonomo → Imboccato SNG PEG Parenterale

Trasferimenti (letto-carrozzina): Mantiene la posizione eretta: No Si
 Autonomo
 Non autonomo → Assistenza minima Moderata Massima

Deambulazione: Autonomo
 Autonomo con ausilio → Bastone Deambulatore Carrozzina
 Non autonomo → Allettato Carrozzina

Uso carrozzina: Autonomo Con aiuto Dipendente
 Fare le scale: Autonomo Con aiuto Impossibile
 Igiene personale: Autonomo Con aiuto Dipendente
 Fare il bagno: Autonomo Con aiuto Dipendente
 Gestione sfinteri: Continente Incontinenza urinaria Fecale

Portatore di catetere vescicale dal ultimo cambio

Presenza di:

Stomie → No Si Sede

Catetere venoso: centrale → No Si Sede periferico → No Si Sede

Cannula tracheale → No Si Ventilazione meccanica → No Si

Fissatore esterno → No Si Sede

Apparecchio gessato → No Si Sede

Terapia farmacologica in atto: specificare specialità, posologia e via di somministrazione.

Allergie note:

Chemioterapia: No Si

L'ammissione al ricovero è subordinata al parere della Commissione di accettazione della Casa di Cura in ottemperanza ai criteri di accesso in Riabilitazione Post-Acuzie (cod. 56) come richiesto dal DGRL n. 266/2007 e del DPCA n. 16/2008 Regione Lazio.

La proposta di ricovero non verrà esaminata se non leggibile, incompleta o in assenza dei requisiti normativi.

Il Medico Proponente dichiara che la patologia oggetto dell'intervento riabilitativo è conforme ai requisiti stabiliti dalla Regione Lazio per la riabilitazione post-acuzie (cod. 56) ai sensi del DGRL n. 266/2007 e del DPCA n. 16/2008.

La disponibilità di posto letto verrà comunicata a mezzo fax per i pazienti provenienti da ospedale, telefonicamente per i pazienti domiciliari.

Firma leggibile del paziente o del familiare (indicare grado di parentela).....

Firma e timbro del Medico proponente Tel.