

**MODULO UNICO PER LA RICHIESTA DI TRASFERIMENTO IN RIABILITAZIONE (adulti) Mod. INI\_ALL.07-P030**

N. nosologico Cartella \_\_\_\_\_ Data compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**UO richiedente** \_\_\_\_\_ telefono: \_\_\_\_\_ fax : \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

richiede la disponibilità di posto in:

Riabilitazione intensiva post-acuzie  
 Lungodegenza Medica-Riabilitativa  
 Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite (UGCA)  
 Unità Spinale  
 Centro Spinale  
 Unità per Gravi Patologie Cardiologiche  
 Unità per Gravi Patologie Respiratorie  
 Riabilitazione territoriale residenziale  intensiva  estensiva  
 Riabilitazione territoriale semiresidenziale estensiva

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_ sesso:  F  M

Domicilio \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Care-giver di riferimento e recapito \_\_\_\_\_

**PATOLOGIA OGGETTO DEL RICOVERO:**

\_\_\_\_\_

Data d'inizio della menomazione sopraindicata: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Intervento Chirurgico: Si  No

Tipo intervento chirurgico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data intervento chirurgico: \_\_\_\_\_

Divieto carico: Si:  No:  Eventuale carico differito a: \_\_\_\_\_ gg \_\_\_\_\_

**SCALE SEVERITA', COMORBIDITA' e DISABILITA'**

CIRS : Indice di severità |\_\_\_| Indice di comorbidity |\_\_\_|

Scale di: BARTHEL : punteggio complessivo |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| Six minute Wlking test |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| Borg |\_\_\_|

Note: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ulcere trofiche / da pressione (specificare sede e stadio).....

Ferite Post Chirurgiche  Coalescente  Deiscente  Altro Altre patologie (specificare).....

<b>Terapia in atto:</b>	dosaggio	ev	os	<b>Terapia in atto:</b>	dosaggio	ev	os
1				3			
2				4			

### CONDIZIONI CLINICHE

Condizioni generali	<input type="checkbox"/> BUONE	<input type="checkbox"/> DISCRETE	<input type="checkbox"/> SCADENTI
Paziente stabile dal punto di vista internistico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Paziente post comatoso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	SE SI, GCS(punteggio).....e durata coma >24 ore
Collaborazione	<input type="checkbox"/> TOTALE	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> ALTERNANTE <input type="checkbox"/> ASSENTE
Comprensione	<input type="checkbox"/> TOTALE	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> ALTERNANTE <input type="checkbox"/> ASSENTE
Motilità volontaria	<input type="checkbox"/> TOTALE	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> ASSENTE
Deambulazione	<input type="checkbox"/> AUTONOMO	<input type="checkbox"/> AUTONOMO CON AUSILIO	<input type="checkbox"/> NON AUTONOMO <input type="checkbox"/> IMPOSSIBILE
Controllo Tronco	<input type="checkbox"/> TOTALE	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> ASSENTE
Stazione eretta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI, CON AUSILI	<input type="checkbox"/> NO
Stazione seduta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Motilità articolazioni	<input type="checkbox"/> TOTALE	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> ASSENTE
Capacità di alimentarsi	<input type="checkbox"/> AUTONOMO	<input type="checkbox"/> DISFAGIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> NON AUTONOMO	<input type="checkbox"/> IMBOCCATO	<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PARENTERALE
Igiene personale	<input type="checkbox"/> AUTONOMO	<input type="checkbox"/> CON AIUTO	<input type="checkbox"/> DIPENDENTE
Controllo dell'alvo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> NO
Controllo minzione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> NO
Catetere vescicale a permanenza	<input type="checkbox"/> SI	(data inserimento o dell'ultimo cambio.....)	<input type="checkbox"/> NO
Presenza cannula tracheale	<input type="checkbox"/> SI	(specificare tipo e data di inserimento.....)	<input type="checkbox"/> NO
Ventilazione meccanica	<input type="checkbox"/> SI	(specificare tipo e modalità.....)	<input type="checkbox"/> NO
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> SI	(specificare modalità.....)	<input type="checkbox"/> NO
Portatore di CVC	<input type="checkbox"/> SI	(specificare il tipo e la sede.....)	<input type="checkbox"/> NO
Portatore di CV Periferico	<input type="checkbox"/> SI	(sede e data di inserimento.....)	<input type="checkbox"/> NO
Presenza di stomie	<input type="checkbox"/> SI	(specificare tipo e sede.....)	<input type="checkbox"/> NO
Fissatore esterno	<input type="checkbox"/> SI	(specificare tipo e sede.....)	<input type="checkbox"/> NO
Apparecchio gessato	<input type="checkbox"/> SI	(specificare tipo e sede.....)	<input type="checkbox"/> NO
Infezioni in atto/microrganismi alert*	<input type="checkbox"/> SI	(specificare tipo.....)	<input type="checkbox"/> NO

#### INFORMAZIONI AGGIUNTIVE SOLO PER RICHIESTA TRASFERIMENTO UGCA

Il paziente è in postura di decorticazione o decerebrazione?  SI  NO  
 Il paziente presenta agitazione psico-motoria ?  SI  NO  
 Il paziente esegue ordini semplici ?  SI  NO

#### INFORMAZIONI AGGIUNTIVE SOLO PER RICHIESTA TRASFERIMENTO US/CENTRO SPINALE

Il paziente è  paraplegico  tetraplegico  
 Livello di lesione documentato all'RX

#### RICHIESTA DI TRASFERIMENTO

La richiesta è stata INVIATA IN DATA \_\_\_\_\_ ALL'ISTITUTO.....  ACCETTATA  NON ACCETTATA

La richiesta è stata INVIATA IN DATA \_\_\_\_\_ ALL'ISTITUTO.....  ACCETTATA  NON ACCETTATA

Data trasferimento \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico del reparto  
 .....

Timbro e firma del medico specialista in riabilitazione  
 .....

\*La struttura per acuti ha l'obbligo di valutare ed indicare la presenza di colonizzazioni che richiedono misure di isolamento, per consentire alla struttura riabilitativa di predisporre posti letto idonei (isolamento in coorte)