



SCHEMA CLINICA INFORMATIVA PER IL TRASFERIMENTO IN:

- Riab. SPECIALISTICA Riab. MANTENIMENTO
 Riab. GENERALE / GERIATRICA DOMICILIO
 RSA ed altre Strutture Socio – Sanitarie

Nome Paziente _____
Nato/a il _____ a _____
Residente a _____
COD.FISCALE _____

Sintesi diagnostica:

Evento indice e Data di insorgenza:

Altre Patologie in atto:

Terapia in atto:

Alzheimer SI NO

Disfagia: SI NO

Afasia / disartria: SI NO

Nutrizione: Per os Sondino n-g PEG Parenterale

Respirazione: Normale Ossigeno Ventilazione Meccanica con Tracheostomia

Presenza deficit sensoriali: Visivi Uditivi

E' portatore di: Pace Maker Catetere perdurale Catetere venoso centrale

Pompa elastomerica Tracheostomie Urostomie Colostomia Catetere vescicale

Protesi Ortesi Quali? _____

Presenza piaghe da decubito: Eventuali Sedi: _____

STATO DI COSCIENZA

Vigile Risposta a stimolo verbale Risposta a stimolo doloroso Non risponde

Eventuale punteggio Glasgow Coma Scale: _____

Deterioramento cognitivo: SI NO

Comprensione ordini semplici: SI NO

Disturbi del comportamento: Assenti Lievi / moderati Gravi

Specificare _____

ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

	Indipendente	Parzialmente dipendente	Totalmente dipendente	
Capacità di fare il bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacità di vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso dei servizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Continenza Sfinterica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacità di alimentarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Da solo	Con aiuto	Con protesi o ausili	Usa carrozzella
Cammina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allettato: NO SI Da quanto tempo: mesi _____ anni _____

SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE

Abitazione: Idonea 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 capacità di collaborazione ad interventi riabilitativi:

Presente Parziale Assente

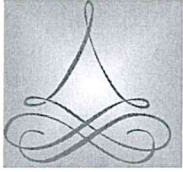
Orientamento sulle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni:

Presente Parziale Assente

In fede DOTT. (TIMBRO e FIRMA) _____

Struttura inviante: _____ Numero telefonico: _____

Data: _____



"Villa Aurelia"

Residenza Sanitaria Assistenziale

Cooperativa La Provvidenza Società Cooperativa Sociale

Sede Legale: Via Cavour, 38 - 37069 Villafranca di Verona (VR)

Sede operativa : Via Oglio, 122 - 46010 San Michele in Bosco (MN) - C.F. / P.I. 03007980232

Alla Direzione Sanitaria
della RSA Villa Aurelia

DICHIARAZIONE DEL MEDICO CHE HA COMPILATO LA SCHEDA CLINICA UNIFORMATA PER LA DOMANDA DI INGRESSO.

Il sottoscritto (nome e cognome) in qualità di medico di famiglia/medico curante del/della sig/sig.ra dichiara sotto la propria responsabilità che quest'ultimo/quest'ultima non è affetto/a da malattie infettive o diffusive.

....., li.....

In fede

.....