



Questa scheda deve essere compilata a macchina o in stampatello dal Medico Curante o Ospedaliero, non sarà presa in considerazione se compilata in modo incompleto.

PROPOSTA DI RICOVERO*

Medicina di Lungodegenza

Medicina di Riabilitazione

li.....

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

Nata a.....Il.....

Residente inVia.....n.....

Recapiti telefonici.....

Affezione per cui necessità di ricovero

.....

.....

epoca di insorgenza.....

obiettività attuale

.....

.....

.....

.....

Se praticati interventi chirurgici, natura dei medesimi ed indicazioni sul decorso

futuro.....

.....

Descrizione dettagliata di eventuali affezioni concomitanti

.....

.....

.....

Condizioni psichiche:

1. Vigilanza

2. Grado di collaborazione

3. Turbe del comportamento

Linguaggio.....

Portatore di pace maker? Si

No

*I sanitari del Centro si riservano di confermare il ricovero all'atto della visita di accettazione

Mantiene la posizione seduta? Con appoggio Senza appoggio

Tiene decubito indifferente?

E' autonomo? nell'igiene personale
nel vestirsi
nell'alimentazione
nella deambulazione.....possibile con.....
ha permesso di carico parziale totale.....

Continenza sfinterica:

vescicale si no anale si no
catetere si no stomia si no

Trofismo cutaneo e presenza di eventuali piaghe da decubito con indicazione dettagliata della sede ed estensione.....

Precedenti ricoveri in questa struttura

Terapia in atto

Pianezza, li.....

In fede (timbro e firma del Medico)

.....
.....

Familiare a cui fare riferimento per eventuali comunicazioni inerenti il paziente:

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

Residente intelefono.....

Grado di parentela

Pianezza, li.....

firma

.....