

PARTE RISERVATA AL PAZIENTE

¹ Io sottoscritto/a.....
nato/a (Prov.) il.....
e residente a (Prov.) in via..... n.
recapiti telefonici

proveniente da Ospedale Reparto

Domicilio Altro

in qualità di **PAZIENTE** oppure in qualità di **PARENTE** (specificare il grado di parentela)

² **TUTORE** **CURATORE** **AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO** della Sig.ra/del Sig.

CHIEDO

di essere ricoverato/a in regime di solvenza presso la "Casa di Cura Privata Policlinico Italia" per trattamento riabilitativo e cure mediche di sostegno.

Roma, Firma

PARTE RISERVATA AL MEDICO PROPONENTE

MOTIVO DELLA RICHIESTA DI RICOVERO

DIAGNOSI DETTAGLIATA DELLA PATOLOGIA

INIZIO E CAUSA DELLA PATOLOGIA

CONDIZIONI GENERALI: buone mediocri scadute

DEAMBULAZIONE: autonoma con ausilio assistita allettato

DIVIETO DI CARICO **SI** fino a **NO**

PSICHE: integra confusione ansia depressione psicosi demenza

INCONTINENZA URINARIA **SI** **NO** **CATETERE** **SI** **NO** **INCONTINENZA RETTALE** **SI** **NO**

CAPACITÀ DI ALIMENTARSI IN MODO AUTONOMO **SI** **NO**; **DISFAGIA** **SI** **NO**

LESIONI DA DECUBITO **SI** **NO**

SEDE; ESTENSIONE; PROFONDITÀ

SEDE; ESTENSIONE; PROFONDITÀ

PRESENZA DI DISTURBI DEL LINGUAGGIO NO SI QUALI

MALATTIE DELL'APPARATO SCHELETRICO E MUSCOLARE

ESITI DI FRATTURE

¹ Allegare fotocopia di un documento di identità valido, fare firmare l'informativa e il consenso al trattamento dei dati (Mod.72A.05 o Mod.72A.40) e compilare tutti i campi in stampatello leggibile.

² In caso di tutore, curatore o amministratore di sostegno allegare copia dell'atto di nomina.

RIABILITAZIONE MOTORIA - PAZIENTI SOLVENTI
SCHEDA DI ACCESSO AL RICOVERO

MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO

MALATTIE DELL'APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO

FREQUENZA CARDIACA A RIPOSO **BPM'** ; **P.A. MAX** , **MINIMA**

FLEBOPATIE PREGRESSE O IN ATTO NO SI ; LOCALIZZAZIONE / I

ARTERIOPATIE PERIFERICHE NO SI ; LOCALIZZAZIONE / I

SCOMPENSO CARDIACO: NO SI CLASSE NYHA I II III CON STABILIZZAZIONE NO SI

MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE

INTERVENTI CHIRURGICI PREGRESSI (OGNI ORGANO E APPARATO)

PRESENZA DI ERNIE NO SI LOCALIZZAZIONE / I

MALATTIE DELL'APPARATO URO-GENITALE

MALATTIE METABOLICHE:

DIABETE MELLITO I TIPO II TIPO ; **DISLIPIDEMIE** NO SI **QUALE**

MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO

MALATTIE NEOPLASTICHE

COLLABORAZIONE: SI NO

TERAPIA IN ATTO

ALTRE INFORMAZIONI.....

NUMERO DI TELEFONO DEL MEDICO ; **FAX DEL MEDICO**

ROMA

IL MEDICO PROPONENTE

(TIMBRO)

.....
(FIRMA)