

 POLICLINICO ITALIA	Mod.72A.33	Rev. 3	Data Revisione 03.09.2026
	RIABILITAZIONE MOTORIA - PAZIENTI SOLVENTI SCHEDA DI ACCESSO AL RICOVERO		

DATI PAZIENTE

¹Nome e Cognome
nato/a (Prov.) il.....
e residente a (Prov.) in via..... n.
recapiti telefonici
proveniente da ☐ Ospedale Reparto
☐ Domicilio ☐ Altro

SOGGETTO RICHIEDENTE

☐ **PAZIENTE** oppure ☐ **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

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 SCHELETRICO E MUSCOLARE****ESITI DI FRATTURE****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)