

SANTA CROCE CASA DI CURA VILLA IDA srl	MODULO DI REGISTRAZIONE	Modulo di registrazione M0905-1	
	PROPOSTA DI RICOVERO	Data emiss. 17.09.12	Numero pag. 1 di 2
Tel. (0123) 320033 - 320034 - 320116 Fax (0123) 27401	Procedura di riferimento PROCESSO DI ACCETTAZIONE	N° rev. <b>9</b>	

**Modulo coperto da segreto professionale ai sensi dell'art. 622 cp e non riproducibile**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ RESIDENTE IN \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_

**ATTUALMENTE PRESSO:** OSPEDALE \_\_\_\_\_ REPARTO \_\_\_\_\_

ABITAZIONE \_\_\_\_\_

SITUAZIONE FAMILIARE \_\_\_\_\_

SITUAZIONE SOCIALE \_\_\_\_\_

RIFERIMENTI SUI SERVIZI SOCIALI DA CONTATTARE \_\_\_\_\_

**ASL DI PROVENIENZA** \_\_\_\_\_ **ASL DI APPARTENENZA** \_\_\_\_\_

DESCRIZIONE DELL'AFFEZIONE PRINCIPALE PER CUI SI PROPONE IL RICOVERO \_\_\_\_\_

DESCRIZIONE DETTAGLIATA DI EVENTUALI AFFEZIONI CONCOMITANTI \_\_\_\_\_

DATA INIZIO DELL'ATTUALE SINTOMATOLOGIA ED EVOLUZIONE DELLA STESSA \_\_\_\_\_

È STATO SOTTOPOSTO AD INTERVENTO CHIRURGICO? \_\_\_\_\_

DI CHE TIPO? \_\_\_\_\_

È PORTATORE DI PACE-MAKER? \_\_\_\_\_ ULTIMO CONTROLLO \_\_\_\_\_

HA AVUTO RECENTI MALATTIE INFETTIVE? (se del caso allegare visita infettivologica) \_\_\_\_\_

HA AVUTO PRECEDENTI RICOVERI NELLA CASA DI CURA? \_\_\_\_\_

NO

SI

QUANDO: \_\_\_\_\_

NECESSITA DI RICOVERO:  MEDICINA PER LUNGODEGENZA

MEDICINA RIABILITATIVA (Il livello Motoria e Neuromotoria)

### CONDIZIONI ATTUALI

CONDIZIONI PSICHICHE: \_\_\_\_\_

CONDIZIONI SENSORIALI: \_\_\_\_\_

TIENE DECUBITO INDIFFERENTE: \_\_\_\_\_

SANTA CROCE CASA DI CURA VILLA IDA srl	MODULO DI REGISTRAZIONE	Modulo di registrazione M0905-1	
	PROPOSTA DI RICOVERO	Data emiss. 17.09.12	Numero pag. 2 di 2
Tel. (0123) 320033 - 320034 - 320116 Fax (0123) 27401	Procedura di riferimento PROCESSO DI ACCETTAZIONE	N° rev. <b>9</b>	

**Modulo coperto da segreto professionale ai sensi dell'art. 622 cp e non riproducibile**

DESCRIZIONE DI EVENTUALI PIAGHE DA DECUBITO: \_\_\_\_\_

MEDICAZIONI IN CORSO: \_\_\_\_\_

TERAPIA MEDICA IN CORSO: \_\_\_\_\_

PARAMETRI RESPIRATORI:

O<sub>2</sub>  sì  no  LITRI MIN. \_\_\_\_\_ ORE / DIE \_\_\_\_\_

VM  DIURNA  NOTTURNA  STOMIA TRACHEALE

EGA RECENTE (NON ANTERIORE A 7 GIORNI)

È POSSIBILE LA DEAMBULAZIONE? \_\_\_\_\_

PUÒ VESTIRSI DA SOLO? \_\_\_\_\_

PUÒ PROVVEDERE PERSONALMENTE ALLA PROPRIA IGIENE? \_\_\_\_\_

PUÒ ALIMENTARSI DA SOLO? \_\_\_\_\_

CONTINENZA SFINTERICA: VESCICALE  SÌ  NO ANALE  SÌ  NO

CATETERE  SÌ  NO STOMIA  SÌ  NO

HA INVALIDITÀ DA INCONTINENZA ACCERTATA DALL'A.S.L.? \_\_\_\_\_

SEGUE TERAPIE SPECIALISTICHE PARTICOLARI? \_\_\_\_\_

DEVE SOTTOPORSI A VISITE DI CONTROLLO? \_\_\_\_\_

SE SÌ QUANDO? \_\_\_\_\_

**TIMBRO e FIRMA del MEDICO**

Si ricorda che le proposte di ricovero dovranno essere compilate integralmente e con calligrafia leggibile.

All'atto del ricovero è necessario esibire:

- l'impegnativa di ricovero del proprio Medico curante;
- documento di identità, codice fiscale, libretto sanitario.

Portare con se tutti gli effetti personali.

Si raccomanda di avere a disposizione tutta la documentazione clinica (terapia in corso, lastre, radiografie, ECG, TAC, ecc.).