

NEURORIABILITAZIONE COD. 75 AOEC

Direttore Dott.ssa M.G. Onesta

Via Messina, 829, EDIFICIO S, 95126 Catania CT

Centralino: 095/7263900

Mail: unispinale@ospedale-cannizzaro.it

Fax +39 (095) 7264247

Reparto +39 (095) 095/7263925

**RICHIESTA DI RICOVERO PRESSO UGC AOE CANNIZZARO DEL PAZIENTE:**

(Compilare in stampatello in ogni parte, barrare le crocette ove previsto)

Cognome: _____ Nome: _____ Sesso _____

Data di nascita _____ Peso _____ Kg

Comune Di Nascita: _____

Cittadinanza: Italiana ☐ Ue ☐ Paesi Extra Ue ☐**per i cittadini stranieri si richiede carta di identità, permesso di soggiorno e tessera sanitaria

Residenza Via: _____ N° _____ Comune: _____

Domicilio _____

Telefono Paziente/ Familiare Di Riferimento _____

Reparto/Ospedale di provenienza _____

Recapito telefonico _____

Nome del compilatore: _____

Recapito telefonico _____

ANAMNESI PERSONALE E SOCIALE

Livello di istruzione _____

Attività lavorativa _____

Situazione abitativa Premorbosa: Vive solo ☐ , Familiari ☐ , Caregiver/Struttura assistenziale ☐**se sì, specificare condizioni premorbosche che comportavano necessità di assistenza _____Invalidità: Richiesta non inviata ☐ , Richiesta inviata ☐ , Invalidità riconosciuta ☐Tutore legale/Amministratore di sostegno: Sì ☐ , No ☐**GRAVE CEREBROLESIONE, STRUTTURE E FUNZIONI :****IL PAZIENTE durante il ricovero presso la vostra UO ha avuto un periodo di coma, amnesia post traumatica (PTA), perdita di coscienza (LOC) di almeno 24 h? SI ☐ , NO ☐*****Al momento del ricovero aveva un punteggio alla GCA (Glasgow Coma Scale) $\leq$ a 8
SI ☐ , NO ☐****se NO, non possibile accesso in GCA

Data evento acuto _____

Eziologia danno vascolare ☐ , Traumatico ☐ , Anossico ☐ , Infettivo ☐ , Tossico metabolico ☐ ,
Neoplastico ☐

Punteggio totale GCS: E _____ V _____ M _____ (scegliere il peggiore punteggio della fase acuta)

Durata del coma: _____

Interventi chirurgici eseguiti in seguito ad evento acuto:

Neurochirurgici: _____

Ortopedici _____

Altri _____

Indicazioni all'uso di tutori/busti (collare tipo Phyladelphia, Shanz, Busto C35, Taylor, Gessi, etc...):

Sì ☐ ,* No ☐ *Se sì, indicarne la tipologia e tempo di mantenimento del presidio: _____

Limitazioni al carico:

Sì ☐,* No ☐ *Se sì, per quanto tempo: _____

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA:

CONDIZIONI CLINICHE ATTUALI:

- **Funzione cardiovascolare** (PA, FC, FE%, ECG): _____

Allegare ecocardio e valutazione della FE

Accessi vascolari: CVC ☐, PICC/Midline ☐, CVP ☐

Descrizione eventuali complicanze cardiologiche:

- **Funzione Respiratoria:** Tracheotomia ☐, Ventilazione ☐, O2/Alti flussi ☐, Autonoma ☐

Tracheotomia chirurgica ☐, Percutanea ☐ posizionata data: __/__/__ ; rimossa data: __/__/__

Ventilazione meccanica invasiva ☐, non invasiva ☐, svezzato da ventilatore ☐ (data: __/__/__),

Descrizione eventuali complicanze respiratorie:

- **Deglutizione:** nella norma ☐, disfagia liquidi ☐, disfagia solidi ☐

SNG ☐, data posizionamento : __/__/__ data rimozione : __/__/__

PEG ☐, data posizionamento : __/__/__ data rimozione : __/__/__

- **Sfinteri:**

Vescica neurologica : catetere a permanenza ☐, CIC ☐

Alvo neurologico, nella norma ☐, ritenzione ☐, incontinenza ☐

- **Lesioni da Decubito:** Sì ☐, No ☐

Stadio : I epiteliale, II Derma, III sottocute, IV Mio-Osseo

Sacrale I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐

Ischiatica dx: I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐

Ischiatica sn: I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐

Trocanterica dx: I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐

Trocanterica sn: I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐

Tallone dx: I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐

Tallone sn: I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐

Malleolo dx: I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐

Malleolo sn : I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐

Metatarso dx: I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐

Metatarso sn: I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐

Altre sedi (scapolari, nicali, mentoniere, etc.):

-sede:

-stadiazione:

- **Infezioni in atto:**

allegare esami colturali, antibiogramma e terapia antibiotica

- **Vigilanza:** Nella norma Sì ☐ No ☐, Sopore Sì ☐ No ☐

GCS _____ LCF _____ CRS_R _____

- **Opercolo osseo** Sì ☐ No ☐

Se sì, con estroflessione ☐ senza estroflessione ☐

Epilessia : Sì ☐ No ☐ crisi focali ☐ crisi generalizzate ☐

- **Disturbi del linguaggio:** _____
 - **Motilità:** tetraplegia ☐ , tetraparesi ☐ , emiplegia Dx ☐ Sn ☐ , emiparesi dx ☐ , sn ☐
paraplegia ☐ , paraparesi ☐
 - **Autonomia:** parzialmente dipendente ☐ totalmente dipendente ☐
- SUPPORTO FAMILIARE :** costante ☐ frequente ☐ sporadico ☐ assente ☐

ALLERGIE: _____

TERAPIA IN CORSO (SPECIFICARE I DOSAGGI, PER GLI ANTIBIOTICI ANCHE LA DATA DI INIZIO):

ALLA PROPOSTA DI RICOVERO SARA' NECESSARIO ALLEGARE :

Relazione clinica e strumentale che faccia chiaro riferimento alle disabilità ed alle criticità da attenzionare al fine della presa in carico e sviluppo del progetto riabilitativo, RELAZIONE FISIATRICA , REFERTI RADIOLOGICI (TC , RMN), ESAMI EMATOCHIMICI E COLTURALI , copia di documento di scioglimento della prognosi (se riservata) copia del documento di identità e tessera sanitaria

LE RICHIESTE INCOMPLETE O NON CORRETTAMENTE COMPILATE NON POTRANNO ESSER PRESE IN CONSIDERAZIONE, LE INFORMAZIONI FORNITE FARANNO PARTE INTEGRANTE DEI DATI/DOCUMENTAZIONE DEL RICOVERO.

N.B: Si prega di inviare entro le 48 ore precedenti la data del ricovero concordato scheda aggiornata alle attuali condizioni cliniche del paziente .

Inviare la scheda al corrente indirizzo mail : unispinale@ospedale-cannizzaro.it

LUOGO _____, DATA ____/____/____

Firma e Timbro del Medico Compilatore