

Unità Spinale Unipolare AOEC

Direttore Dott.ssa M.G. Onesta

Via Messina, 829, EDIFICIO S, 95126 Catania CT

Telefono Caposala+39 (095) 7264737

Fax +39 (095) 7264247

Reparto +39 (095) 095/7264984

RICHIESTA DI RICOVERO PRESSO LA USU DELLA AOE CANNIZZARO DEL PAZIENTE:

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

NOME: _____ COGNOME: _____ Sesso /M/ - /F/ Età: _____ anni.

DATA DI NASCITA: ____/____/____ COMUNE DI NASCITA: _____

CITTADINANZA: ITALIANA /_/ UE /_/ PAESI EXTRA UE /_/

RESIDENZA IN VIA: _____ N° _____ COMUNE: _____

TELEFONO DI UN REFERENTE DEL PAZIENTE/PAZIENTE STESSO: _____

INVALIDITÀ: RICHIESTA NON INVIATA /_/ RICHIESTA INVIATA /_/ INVALIDITÀ RICONOSCIUTA /_/

RICHIESTA DI RICOVERO INVIATA DAL REPARTO/OSPEDALE: _____

RECAPITO TELEFONICO DEL COMPILATORE: _____

Causa di lesione al **MIDOLLO SPINALE**: Traumatica/_/ Ischemica/_/ Neoplastica /_/ Infettiva /_/ Mielite /_/

ALTRO (SPECIFICARE LA DIAGNOSI): _____

SEDE DI LESIONE:

CERVICALE C 1- 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8

TORACICA: T 1- 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12

LOMBARE L 1- 2 - 3 - 4 - 5

Data della lesione (prima comparsa di malattia): ____/____/____

COMORBIDITÀ:

App. Cardiovascolare (Ipertensione, pregressi IMA, Valvulopatie cardiache, Vasculopatie, Emorragie, TVP, presenza di accesso venoso centrale, etc...): _____

App. Endocrino-metaboliche (Diabete, Tireopatie, Osteoporosi, Anemia, etc...): _____

Malattie post-traumatiche (fratture ossee, lesioni organi parenchimatosi addominali, contusioni/lesioni toraco-polmonari, traumi cranici, amputazioni, etc...): _____

Insufficienza respiratoria (BPCO, ARDS, necessità di ventilazione meccanica invasiva e non invasiva, già svezato da ventilatore, PNX, versamenti, tracheotomia chirurgica o percutanea, etc...): _____

Nefro-Uropatie (insufficienza renale acuta o cronica, vescica neurologica, calcolosi urinaria, urostomia, neoplasie apparato urinario, infezione urinaria, lesioni uretrali, ipospadie, fimosi, etc...): _____

App. Digerente (Ernie, calcolosi biliare, ileo/colonstomie, alvo neurologico, malattie infiammatorie intestinali, celiachia, neoplasie, emorroidi, pancreatiti, PEG, SNG, alimentazione enterale/parenterale, etc...): _____

Malattie infettive (sepsi, Infezioni urinarie ricorrenti, gangrene, polmoniti, etc...): _____

App. Neurologico extra-Midollare (sclerosi multipla, Stato di minima coscienza, disfagia, afasia, emiparesi, sind. Extrapiramidali, neoplasie, pregressi Ictus/TIA, etc...)

Malattie dello scheletro assile (tumori, spondilodisciti, scoliosi, erniazioni improntanti il Midollo spinale, Stenosi midollare, malformazioni, spina bifida, fratture, etc...):

Lesioni da Decubito:

(Scala per le lesioni da decubito I: epiteliale, II Derma, III sottocute, IV Mio-Osseo)

Sacrale I -II- III- IV Stadio /_/ Assente /_/

Ischiatica dx: I -II- III- IV Stadio /_/ Assente /_/

Ischiatica sx: I -II- III- IV Stadio /_/ Assente /_/

Trocanterica dx: I -II- III- IV Stadio /_/ Assente /_/

Trocanterica sx: I -II- III- IV Stadio /_/ Assente /_/

Tallone dx: I -II- III- IV Stadio /_/ Assente /_/

Tallone sx: I -II- III- IV Stadio /_/ Assente /_/

Malleolo dx: I -II- III- IV Stadio /_/ Assente /_/

Malleolo sx: I -II- III- IV Stadio /_/ Assente /_/

Metatarso dx: I -II- III- IV Stadio /_/ Assente /_/

Metatarso sx: I -II- III- IV Stadio /_/ Assente /_/

Altre sedi (scapolari, nicali, mentoniere, etc.): _____ I -II- III- IV Stadio /_/ Assente /_/

Interventi chirurgici eseguiti in seguito ad evento acuto (stabilizzazione, fissazione, casting, amputazione, etc...):

Data di esecuzione dell'intervento/i: _____/_____/_____
_____/_____/_____

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

Indicare per quanto tempo si stima il presidio ortesico debba esser indossato: _____

Limitazioni al carico: SI /_/ NO /_/ per quanto tempo: _____

Storia di Tentato suicidio: SI /_/ NO /_/

Storia di Depressione maggiore: SI /_/ NO /_/

ALTRO

ALLERGIE: _____

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

TIMBRO E FIRMA (LEGGIBILE) DEL MEDICO

COMPILATORE: _____

RECAPITO TELEFONICO PER EVENTUALI ULTERIORI INFORMAZIONI: _____

SI PREGA DI ALLEGARE UNA RELAZIONE FISIATRICA, REFERTI RADIOLOGICI ED ESAMI EMATOCHIMICI E CULTURALI QUALORA IL PAZIENTE NON FOSSE RICOVERATO PRESSO LA AOE CANNIZZARO.

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

LUOGO _____, DATA ____/____/____