



UNI EN ISO 9001:2008

**Sede operativa:**

Via Robiola, 6 - 10020 ARIGNANO (TO)  
Tel. 011/9462415 Fax: 011/9462405  
E mail: [villa\\_adriana@tin.it](mailto:villa_adriana@tin.it)

**Sede legale:**

Piazza G. Gozzano, 1 - 10132 TORINO (TO)  
Tel: 011/8196912-913 Fax: 011/8192639  
P.I. 03609890011

Emesso il 01/05/2015  
M IO\_CENTRA

## PROPOSTA DI RICOVERO

Riabilitazione 1° Liv.

Medicina di Lungodegenza

Cognome..... Nome.....

Sesso:  M  F

Nato/a..... Il..... Residente in.....

Via..... N°.....

Vive solo:  SI  NO

Conviventi:  SI  NO Grado di parentela ..... Telefono .....

Recapito telefonico da contattare per la programmazione del ricovero.....

Parenti o altre persone a cui rivolgersi durante la degenza del paziente :

NO  Si (si specifica il grado) .....

Al momento della richiesta di ricovero il paziente si trova presso il proprio domicilio:  SI  NO  
(se è NO precisare dove) .....

Precedenti ricoveri in questa struttura  SI  NO

Precedenti ricoveri nelle Case di Cura  SI  NO

Natura della patologia per cui si richiede il ricovero:.....

Epoca di insorgenza.....

Patologie concomitanti.....

Terapia medica in corso.....

P.E.G.  NO  SI Tipo di nutrizione .....

Ossigenoterapia  NO  SI

Programmi diagnostico/terapeutici futuri da espletare dall'ente inviante .....

**CONDIZIONI ATTUALI:**

<b>STATO DI COSCIENZA</b>	<input type="checkbox"/> VIGILE	<b>DIETA</b>	<input type="checkbox"/> LIBERA
	<input type="checkbox"/> SOPOROSO		<input type="checkbox"/> PERSONALIZZATA TIPO .....
	<input type="checkbox"/> COMATOSO		.....
<b>STATO PSICHICO</b>	<input type="checkbox"/> ORIENTATO	<b>IDRATAZIONE</b>	<input type="checkbox"/> AUTONOMA
	<input type="checkbox"/> DISORIENTATO		<input type="checkbox"/> CON AIUTO
	<input type="checkbox"/> AGITATO		<input type="checkbox"/> NON AUTONOMA
	<input type="checkbox"/> AGGRESSIVO		
<b>COMPRENSIONE</b>	<input type="checkbox"/> NORMALE	<b>DIURESIS</b>	<input type="checkbox"/> CONTINENTE
	<input type="checkbox"/> DIFFICOLTOSA		<input type="checkbox"/> NICTURIA
	<input type="checkbox"/> ASSENTE		<input type="checkbox"/> INCONTINENZA
	<input type="checkbox"/> CATETERE VESCICALE N°__		
	<input type="checkbox"/> UROSTOMIA		
<b>LINGUAGGIO</b>	<input type="checkbox"/> NORMALE	<b>EVACUAZIONE</b>	<input type="checkbox"/> AUTONOMA
	<input type="checkbox"/> DISARTRICO		<input type="checkbox"/> INCONTINENZA
	<input type="checkbox"/> AFASICO		<input type="checkbox"/> STOMIA
<b>COLLABORAZIONE</b>	<input type="checkbox"/> BUONA	<b>IGIENE</b>	<input type="checkbox"/> AUTONOMA
	<input type="checkbox"/> MEDIA		<input type="checkbox"/> CON AIUTO
	<input type="checkbox"/> ASSENTE		<input type="checkbox"/> NON AUTONOMA
<b>ALIMENTAZIONE</b>	<input type="checkbox"/> AUTONOMA	<b>MOBILIZZAZIONE</b>	<input type="checkbox"/> AUTONOMA
	<input type="checkbox"/> CON AIUTO		<input type="checkbox"/> NON AUTONOMA
	<input type="checkbox"/> NON AUTONOMA		<input type="checkbox"/> CON AIUTO
			<input type="checkbox"/> CON QUALE AUSILIO
			.....
<b>LESIONI CUTANEE</b>	<input type="checkbox"/> NO	<b>NOTE</b>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> SI TIPO..... .....		

**P.S.** Per i ricoveri di riabilitazione allegare percorso riabilitativo fisiatrico affinché la proposta venga presa in considerazione per un eventuale ricovero.

Data \_\_\_\_\_

Il medico proponente  
Timbro e firma