



**OSPEDALE GENERALE DI ZONA
"SAN CAMILLO"
TREVISO**

**UNITÀ OPERATIVA MEDICINA FISICA RIABILITATIVA
DIRETTORE DR. ANDREA BELTRAMIN**

Integrato funzionalmente al Dipartimento di Riabilitazione e Lungodegenza post acuzie dell'ULSS2 Marca Trevigiana



PROPOSTA DI PRESA IN CARICO IN DEGENZA di MEDICINA RIABILITATIVA

DATI ANAGRAFICI	
COGNOME E NOME _____	Data di nascita _____
RESIDENTE A _____	T.S./C.F.: _____ Telefono _____
PROVENIENZA	MEDICO PROPONENTE: _____
Ospedale di _____ reparto: _____	Data di proposta: _____
Tel reparto: _____	Presenza in carico possibile subito: <input type="checkbox"/>
Data ricovero: _____	Presenza in carico possibile dal (data indicativa): _____
Domicilio <input type="checkbox"/>	

DATI SOCIO-AMBIENTALI

Occupazione	<input type="checkbox"/> dipendente	<input type="checkbox"/> lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/> studente	<input type="checkbox"/> casalinga	<input type="checkbox"/> disoccupato
	<input type="checkbox"/> pensionato	<input type="checkbox"/> altro (es. lavoro a termine): _____			<input type="checkbox"/> non noto
Stato civile	<input type="checkbox"/> celibe/nubile	<input type="checkbox"/> coniugato/a	<input type="checkbox"/> divorziato/a	<input type="checkbox"/> separato/a	<input type="checkbox"/> vedovo/a
Situazione abitativa/ambientale	<input type="checkbox"/> domicilio	<input type="checkbox"/> struttura protetta	<input type="checkbox"/> altro	<input type="checkbox"/> non nota	
Barriere architettoniche	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> solo esterne	<input type="checkbox"/> interne	piano _____	Ascensore: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non noto
Condizioni abitative	<input type="checkbox"/> vive solo/a	<input type="checkbox"/> familiari-conviventi	<input type="checkbox"/> badante	<input type="checkbox"/> altro	<input type="checkbox"/> non noto
Mobilità pre-ricovero	<input type="checkbox"/> Allettato	<input type="checkbox"/> Letto / Poltrona / Carrozzina	<input type="checkbox"/> Deambulazione con aiuto	<input type="checkbox"/> Deambulazione autonoma	<input type="checkbox"/> non nota
Care-giver individuato :					

INVALIDITÀ CIVILE: NO SÌ Avviata richiesta

DIAGNOSI PRINCIPALE E SECONDARIE:

Ev. Intervento (data):Carico concesso; no sì tot parz. a partire dal:...../...../.....

PROBLEMATICHE INTERNISTICHE:

TERAPIA MEDICA IN CORSO:

SENSORIO / COMPORTAMENTO / COLLABORAZIONE:

GCS: E_V_M_ LCF __/8

BARTHEL

Nutrirsi		10	5	0
Fare il bagno			5	0
Cura di sé			5	0
Vestirsi/sgestirsi		10	5	0
Controllo sfinterico intestinale		10	5	0
Controllo sfinterico vescicale		10	5	0
Trasferimenti nel bagno		10	5	0
Trasferimento sedia/letto e ritorno	15	10	5	0
Deambulazione su terreno piano (oppure carrozzina)	15	10	5	0
Salire e scendere le scale		10	5	0
PUNTEGGIO TOTALE				/100

CUTE: decubiti	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>
VENTILAZIONE	Autonoma <input type="checkbox"/>	Assistita <input type="checkbox"/>
	Vie naturali <input type="checkbox"/>	Cannula <input type="checkbox"/>
ALIMENTAZIONE	per os <input type="checkbox"/>	p.e.g. <input type="checkbox"/>
	os con disfagia <input type="checkbox"/>	s.n.g <input type="checkbox"/>
		parenterale <input type="checkbox"/>
VESCICA	catetere <input type="checkbox"/>	urinal condom <input type="checkbox"/>
	disp. assorb. <input type="checkbox"/>	catet. intern. <input type="checkbox"/>
	continente <input type="checkbox"/>	
ALVO	disp. assorb. <input type="checkbox"/>	continente <input type="checkbox"/>
ACCESSI VENOSI	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/>

Note:

PROPOSTA RICOVERO IN:	SEDE	REGIME:
Unità Gravi Cerebrolesioni (cod. 75) <input type="checkbox"/>	Treviso <input type="checkbox"/> Castelfranco <input type="checkbox"/>	Ricovero ordinario <input type="checkbox"/>
Unità Spinale (cod. 28) <input type="checkbox"/>	O.R.A.S. Motta Liv. <input type="checkbox"/> Vittorio Ven. <input type="checkbox"/>	Day-Hospital <input type="checkbox"/>
Medicina Fisica e Riabilitativa (cod. 56) <input type="checkbox"/>	S. Camillo (TV) <input type="checkbox"/> Monastier <input type="checkbox"/>	Ambulatorio <input type="checkbox"/>
L.Degenza post acuzie/Ospedale Comunità <input type="checkbox"/>	Montebelluna <input type="checkbox"/> Altro: _____	Strutt. Intermedia <input type="checkbox"/>
		GIÀ IN CARICO RIAB.
		Sì <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>

Compilazione a cura della UO ricevente	Compilazione a cura della UO ricevente
Classe A <input type="checkbox"/> Classe B <input type="checkbox"/> Classe C <input type="checkbox"/>	TEAM: Fisiatra: _____ <input type="checkbox"/> Logopedista: _____
Data prenotazione: _____	Fisioterapista: _____ <input type="checkbox"/> T.O.: _____
Archiviata/Respinta <input type="checkbox"/>	Sezione infermieristica/P.L.: _____

Treviso: Fax 0422 322807
Seg 0422 322022
Capo Sala 0422 333493

ORAS: fax 0422 287272
fax DH: 0422 287312
Tel: 0422 287417
Tel DH: 0422 867221

S. Camillo (TV): fax 0422 428222
Montebelluna: fax 0423 611938
Vittorio Veneto: fax 0438 665769
CdC Giovanni XXIII
Monastier: fax 0422 896750

Montebelluna (LD): fax 0423 611938
Castelfranco (LD): fax 0423 732964
Vittorio Veneto (LD): fax 0438 668259