

RELAZIONE MEDICA

(la completa e corretta compilazione del presente modulo rappresenta condizione essenziale per l'accettazione del paziente ed il suo inserimento della lista di attesa)

Sig. _____

Nato/a _____ (____) il _____

Residente a _____ (____) via _____

Tel _____ Cellulare _____ attività lavorativa _____

Stato civile _____ documento _____ n° _____

Libretto sanitario n° _____ Medico curante _____

=====

Anamnesi e condizioni cliniche attuali

1. Diagnosi di natura e sede della malattia che giustifica il ricovero:

2. **Data di inizio della malattia sopra indicata** _____

3. Ha avuto un periodo di coma?: SI () No () e se si in quale data? _____

4. condizioni generali: buone () – discrete () – scadenti ()

5. Altezza (m) _____ Peso (Kg) _____

6. stato di coscienza: vigile () – obnubilato () – confuso ()

7. deficit neurologici o del linguaggio: Si () No () e se SI ti che tipo _____

8. collaborante: Si () No ()

9. alimentazione autonoma: SI () No () e se No specificare se assistita, parenterale o enterale

10. Tossicomania (compreso l'alcolismo): Si () No ()

11. Tracheostomia: Si () No ()

12. Difficoltà respiratorie (inclusa la necessità di O2 terapia): Si () No ()

13. Concomitanti condizioni morbose (compresa l'eventuale presenza di malattie contagiose o la condizione di portatore sano) _____

14. Intervento chirurgico: Si () No () e se SI indicare quale _____
15. Stazione eretta possibile? Si () No ()
16. Posizione seduta possibile? Si () No ()
17. Deambulazione: impossibile () – possibile con appoggio () – possibile senza appoggio ()
18. Controindicazioni al carico: Si () No ()
19. Incontinenza: Si () No () se Si specificare se urinaria, fecale od entrambe _____
20. Trofismo cutaneo (indicare se ci sono piaghe da decubito o altre lesioni cutanee precisando, in caso affermativo, sede, estensione in cm e profondità) _____
- _____
- _____
21. Precedenti condizioni morbose: _____
- _____
- _____
22. Esami strumentali eseguiti (ALLEGARE EVENTUALE REFERTO): _____
- _____
- _____
23. Luogo in cui si trova attualmente il paziente: _____
- _____
24. Precedenti ricoveri in ospedale per acuti: _____
- _____
- _____
25. Precedenti ricoveri per riabilitazione: Si () No () e se Si quando _____
- _____
- _____

=====

SCHEDA AGGIUNTIVA PER RICOVERI DI RIABILITAZIONE CARDIOVASCOLARE

- **Diagnosi cardiologica dettagliata:** _____
- _____
- _____
- **Presenza di scompenso cardiaco:** Si () No () se SI specificare classe N.Y.H.A: _____
- **Presenza di aritmie:** Si () No () se SI specificare il tipo e la frequenza _____
- _____ classe Lown _____
- **Presenza di arteriopatia:** Si () No () se Si specificare la sede _____
- _____
- _____
- **Accertamenti cardiovascolari eseguiti (ALLEGARE FOTOCOPIE SE POSSIBILE):**
- _____
- _____
- _____
- **Terapia medica in corso:** _____
- _____
- _____

SCHEDA AGGIUNTIVA PER SINDROME POST-COMATOSA
(da compilare esclusivamente se il paziente ha avuto un episodio di coma)

- **Il paziente fissa e segue lo sguardo?** Si () No ()
- **Il paziente esegue ordini?** Si () No ()
- **Il paziente muove spontaneamente uno o più arti?** Si () No ()
- **Il paziente è in postura di decorticazione o decerebrazione?** Si () No ()
- **Il paziente presenta agitazione psicomotoria?** Si () No ()
- **Il paziente si alimenta per os?** Si () No ()
- **Il paziente presenta frequenti ipertermia o infezioni ricorrenti?** Si () No ()

Il medico proponente dichiara formalmente che le informazioni contenute sul presente modulo corrispondono a verità

Data _____

Recapito telefonico del medico _____

IL MEDICO PROPONENTE
(TIMBRO E FIRMA)