

E-mail per contatti:

[gisella.montorfano@villasangiuseppcdc.it](mailto:gisella.montorfano@villasangiuseppcdc.it)

[donatella.vicini@villasangiuseppcdc.it](mailto:donatella.vicini@villasangiuseppcdc.it)

## MODULO RICHIESTA RICOVERO

Fax 031-6340526

REPARTO – U. O. PROPONENTE: \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO: \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

SITUAZIONE SOCIO-FAMILIARE: VIVE SOLO/A \_\_\_\_\_ CON FAMILIARI (CHI?) \_\_\_\_\_

DATI PRE-MORBOSI: ERA AUTONOMO?  NO  SI \_\_\_\_\_

PROSPETTIVE DI RIENTRO A CASA:  CERTO  PROBABILE  IMPROBABILE  ESCLUSO

DATA DI INSORGENZA DELLA PATOLOGIA PER CUI SI RICHIEDE IL RICOVERO (evento indice) \_\_\_\_\_

ANAMNESI PATOLOGICA SIGNIFICATIVA: \_\_\_\_\_

AL DOMICILIO DAL: \_\_\_\_\_

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO (TIPO E POSOLOGIA) \_\_\_\_\_

DIAGNOSI ATTUALE \_\_\_\_\_

IN CASO DI FRATTURA SCHELETRICA CARICO CONCESSO:  PARZIALE  TOTALE  NO

IN PROGRAMMA CONTROLLO CLINICO ORTOPEDICO/RADIOGRAFICO PER \_\_\_\_\_

MALATTIE INFETTIVE/CONTAGIOSE IN ATTO:  NO  SI

TRATTAMENTO RIABILITATIVO IN ATTO:  NO  SI

### Dati Clinici

ALLETTATO  NO  SI

SISTEMA NERVOSO E PSICHE:

COLLABORAZIONE / MOTIVAZIONE  BUONA  PARZIALE  ASSENTE

1/2

E-mail per contatti:

[gisella.montorfano@villasangiuseppcdc.it](mailto:gisella.montorfano@villasangiuseppcdc.it)  
[donatella.vicini@villasangiuseppcdc.it](mailto:donatella.vicini@villasangiuseppcdc.it)

## MODULO RICHIESTA RICOVERO

Fax 031-6340526

CAPACITA' COMUNICATIVA  BUONA  PARZIALE  ASSENTE

AFASIA  NO  SI MINIMENTAL : \_\_\_\_\_

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO / AGITAZIONE  NO  SI

AGGRESSIVITA' NO SI

AGITAZIONE NOTTURNA  NO  SI

NUTRIZIONE / DEGLUTIZIONE:  SNG  PEG  DISFAGIA  NORMALE

RESPIRAZIONE:  AUTONOMA  MECCANICA

TRACHEOCANNULA  NO  SI

O<sub>2</sub> TERAPIA  NO  SI l/min \_\_\_\_\_

CONTROLLO SFINTERICO:

VESCICALE  CONTINENTE  INCONTINENTE  CVP

INTESTINALE  CONTINENTE  INCONTINENTE

APPARATO CARDIO VASCOLARE \_\_\_\_\_

APPARATO SCHELETRICO \_\_\_\_\_

LESIONI DA DECUBITO  NO  SI

SEDE E STADIO \_\_\_\_\_

ALTRI DATI CLINICI SIGNIFICATIVI: \_\_\_\_\_

INDICE DI BARTHEL \_\_\_\_\_

DATA E TIMBRO DEL MEDICO PROPONENTE: \_\_\_\_\_

Informativa e consenso ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196

"CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI"

Il titolare del trattamento dati è l'Istituto di Riabilitazione S. Stefano S.r.l. - U.O. Casa di Cura Villa San Giuseppe. Il responsabile del trattamento è il Responsabile della Privacy.

I dati sono utilizzati esclusivamente per la valutazione dell'appropriatezza della richiesta di ricovero e non vengono comunicati all'esterno. Il loro conferimento è necessario per effettuare la valutazione.

Il trattamento è effettuato da incaricati nel rispetto dei vincoli di riservatezza, del segreto professionale o di vincolo analogo previsto dal codice sulla privacy, sia con mezzi manuali che elettronici. L'interessato potrà in qualsiasi momento chiedere la visione, correzione e cancellazione dei propri dati ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003.

2/2