

Richiesta di Ricovero

Cognome	Nome
----------------	-------------

Data di nascita	Residenza¹
Tel.	Domicilio
Ospedale di provenienza	Reparto
Motivo del ricovero	

Note Anamnestiche:

Diagnosi:

Data evento acuto:

Il paziente durante il ricovero presso la vs. U.O. ha avuto un periodo di stupore/coma di almeno 24h.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Al momento del ricovero aveva una Glasgow \leq a 8	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

¹ Per pazienti cittadini stranieri, si richiede altresì, la seguente documentazione:

- Carta di identità
- Permesso di soggiorno
- Tessera Sanitaria dell'ASP di appartenenza
- Codice ENI/STP

Richiesta di Ricovero

Profilo ematologico	GR	GB	PTL	Hb	Hct

Profilo metabolico	Diabete Mellito Terapia	Glicemia: _____
---------------------------	----------------------------	------------------------

Funzione renale	Azotemia	Creatinina	Elettroliti

Funzione epatica	GOT/GPT	Albumina	AP	Bilirubina

Funzione cardiovascolare	PA	FC	FE%	ECG	CV
	<input type="checkbox"/> Pregresso IMA in data: _____				

Respirazione	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> SO2	<input type="checkbox"/> Tracheotomia <input type="checkbox"/> FR	<input type="checkbox"/> Ventilazione
---------------------	--	--	---------------------------------------

Deglutizione	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Sondino naso-gastrico	<input type="checkbox"/> Disfagia per liquidi <input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> Disfagia per solidi
---------------------	--	---	--

Sfinteri	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Pannolone	<input type="checkbox"/> Incontinenza <input type="checkbox"/> Ritenzione	<input type="checkbox"/> Catetere <input type="checkbox"/>
-----------------	--	--	---

Infezioni in atto Esami colturali Antibiogramma	<input type="checkbox"/> Alte-basse vie aree <input type="checkbox"/> Antibiogramma Terapia:	<input type="checkbox"/> Vie urinarie <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Esame colturale
--	--	---

Piaghe da decubito	<input type="checkbox"/> Sacrali <input type="checkbox"/> Stadio I •;	<input type="checkbox"/> Calcaneali <input type="checkbox"/> Stadio II •;	<input type="checkbox"/> Trocanteriche <input type="checkbox"/> Stadio III •;	<input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Stadio IV
---------------------------	--	--	--	--

Opercolo Osseo	<input type="checkbox"/> Con Estroflessione •;	<input type="checkbox"/> senza Estroflessione •
-----------------------	--	---

Vigilanza	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Sopor <input type="checkbox"/> Coma – GCS.....
------------------	--

Linguaggio	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Afasia <input type="checkbox"/> Disartria
-------------------	---

Motilità	<input type="checkbox"/> Nella Norma <input type="checkbox"/> Tetraplegia..... <input type="checkbox"/> Emiplegia dx.....sn..... <input type="checkbox"/> Paraplegia.....	<input type="checkbox"/> Tetraparesi..... <input type="checkbox"/> Emiparesi dx.....sn..... <input type="checkbox"/> Paraparesi.....
-----------------	--	--

Pag 3

Richiesta di Ricovero

L'IRCCS CENTRO NEUROLESI "BONINO PULEJO", IN QUALITÀ DEL TRATTAMENTO CHIEDE L' AUTORIZZAZIONE AL RILASCIO DEL CODICE IDENTIFICATIVO PAZIENTE VIA E-MAIL

Al fine di monitorare la lista di attesa pubblicata sul sito internet IRCCS www.irccsme.it / sezione assistenza sanitaria , il/La sottoscritto/a _____ codice fiscale _____

email _____ tel _____

AUTORIZZA

L'IRCCS Centro Neurolesi ad inviare, fino a revoca, il codice identificativo in ordine alla richiesta di ricovero presso la medesima struttura, tramite posta elettronica (e-mail) con dominio di proprietà dell'IRCCS Centro Neurolesi ,

COMUNICA

il proprio indirizzo di posta elettronica (e-mail) al quale si chiede di inviare il codice identificativo

Email: _____

(Da compilare solo in caso di invio a indirizzo email di persona diversa dal richiedente)

AUTORIZZA

L'IRCCS Centro Neurolesi ad inviare, fino a revoca, il proprio codice identificativo in ordine alla richiesta di ricovero presso la medesima struttura, tramite posta elettronica (e-mail) con dominio di proprietà dell'IRCCS Centro Neurolesi al seguente indirizzo di posta elettronica (e-mail) del sig./sig.ra _____ nato/a a _____ il _____ residente in _____ via _____ n. _____ documento di identità n. _____ rilasciato da _____ il _____ e con scadenza _____

al seguente indirizzo email _____

Si allega documento di riconoscimento del delegato

L'interessato presa visione dell'informativa sul sito internet www.irccsme.it presta il proprio consenso all'utilizzo dell'indirizzo mail indicato; La revoca e/o modifica della presente autorizzazione potrà essere

IRCCS Centro Neurolesi "Bonino Pulejo", SS 113 Via Palermo C.da Casazza 98124 – Messina

☎ 09060128124 📠 09060128108 ✉ ufficioricoveri@irccsme.it

Richiesta di Ricovero

effettuata da qualunque delle parti con comunicazione scritta da inviarsi per iscritto a IRCCS centro neurolesi "Bonino Pulejo".

☐ Autorizzo, con la sottoscrizione del presente modulo, il trattamento dei miei dati personali ai sensi del GDPR 679/16, Dec. Leg. 30/06/2003, n. 196 come modificato dal D. Lgs 101/2018.

I dati contenuti nel presente modulo saranno trattati in conformità al GDPR 679/16 e smi. Titolare del trattamento dati è IRCCS Centro Neurolesi "Bonino Pulejo"

IL RICHIEDENTE
