

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. SI NO

Al momento del ricovero aveva una Glasgow \leq a 8 SI 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"/> Incontinenza <input type="checkbox"/> Pannolone	<input type="checkbox"/> Ritenzione	<input type="checkbox"/> Catetere	<input type="checkbox"/>
----------	---	-------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------

Infezioni in atto Esami culturali 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 culturale
---	--	---

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

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

Vigilanza	<input type="checkbox"/> Nella norma	<input type="checkbox"/> Sopore	<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.....
----------	--	--

Richiesta di Ricovero

Autonomia	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Parzialmente dipendente <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente
Epilessia	<input type="checkbox"/> Crisi Focali <input type="checkbox"/> Crisi Generalizzate Terapia:
Terapia in atto	
Supporto familiare	<input type="checkbox"/> Costante <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Sporadico <input type="checkbox"/> Assente
Commenti:	

Allegare una relazione clinica e strumentale che faccia chiaro riferimento alle disabilità e alle criticità da attenzionare ai fini della presa in carico e allo sviluppo del progetto riabilitativo, in cui possibilmente si includano anche i seguenti recenti referti¹:

- Emocromo, esami culturali, Rx Torace, emogas
 - TC Cranio, RMN Encefalo
 - Terapia farmacologica in atto praticata; Eventuale supporto nutrizionale.
 - Progetto riabilitativo praticato nel periodo antecedente la richiesta di ricovero;

Documenti richiesti al momento del ricovero

- Copia documento di scioglimento prognosi (se riservata)
 - Carta di identità valida e Tessera Sanitaria
 - Impegnativa di ricovero rilasciata dal medico curante

Data

Il Medico Referente

¹ Nel caso di fratture scheletriche non stabilizzate o presenza di fissatori, è necessaria la consulenza ortopedica/fisiatrica per stabilire il "carico e intensità" della riabilitazione. Nel caso di rischio cardiologico è necessaria la consulenza cardiologica con Ecocardio e Valutazione della FE.

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
