

SCHEDA CLINICA INFORMATIVA **per il trasferimento del paziente**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> in Riab. SPECIALISTICA | <input type="checkbox"/> in RSA ed altre Strutture Socio-Sanitarie |
| <input type="checkbox"/> in Riab. MANTENIMENTO | <input type="checkbox"/> Posti autorizzati/ Sollievo |
| <input type="checkbox"/> in Riab. GENERALE / GERIATRICA | <input type="checkbox"/> CDI |

Cognome e Nome paziente			
nato/a	il
Comune di residenza			
Indirizzo			
CODICE FISCALE.....			

Sintesi diagnostica	➔	<div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div>
Evento indice e data insorgenza	➔	<div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div>
Altre Patologie in atto ed eventuali allergie	➔	<div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div>
Terapia in atto	➔	<div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div>

Disfagia Si ☐ No ☐ **Afasia/disartria** Si ☐ No ☐

Nutrizione ☐ per os ☐ Sondino n-g ☐ PEG ☐ Parenterale

Respirazione ☐ normale ☐ Ossigeno ☐ Ventilazione meccanica ☐ con tracheostomia

Aspirazione secrezioni bronchiali Si ☐ No ☐

Presenza deficit sensoriali ☐ Visivi ☐ Uditivi

INFEZIONE SARSCOV2 ☐ SI ☐ No

Vaccinazione SARSCOV2 ☐ SI ☐ No

Portatore di:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pace Maker | <input type="checkbox"/> Catetere perdurale | <input type="checkbox"/> Catetere venoso centrale | <input type="checkbox"/> Pompa elastomerica |
| <input type="checkbox"/> Tracheostomia | <input type="checkbox"/> Urostomia | <input type="checkbox"/> Colonstomia | <input type="checkbox"/> Catetere vescicale |
| <input type="checkbox"/> Protesi | <input type="checkbox"/> Ortesi | Quali:..... | |

Presenza Piaghe da decubito Si ☐ No ☐ **Eventuali sedi**
Altre lesioni: Si ☐ No ☐

Segue ➔

STATO DI COSCIENZA	<input type="checkbox"/> Vigile	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo verbale	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo doloroso	<input type="checkbox"/> Non risponde
Eventuale punteggio Glasgow Coma Scale			
Deterioramento cognitivo	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> lieve/moderato		<input type="checkbox"/> grave
Comprensione ordini semplici	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Disturbi del comportamento	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> lievi/moderati		<input type="checkbox"/> gravi
Specificare			

ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

	Indipendente	Parzialmente Dipendente	Totalmente Dipendente	
Capacita' di fare il bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso dei servizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Continenza Sfinterica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di alimentarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cammina	<input type="checkbox"/> da solo	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> protesi- ausili	<input type="checkbox"/> usa carrozzella
Allettato	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Se si, specificare da quanto tempo	mesi.....	anni.....

SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE

Abitazione	<input type="checkbox"/> Idonea	<input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche	
Vive solo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Supporto familiare /caregiver	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

E' già stato sottoposto a terapia riabilitativa?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Con quali risultati?	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Parziale <input type="checkbox"/> Nullo

Attuale capacita' di collaborazione ad interventi riabilitativi:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente
Orientamento sulle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

Struttura inviante

In fede

.....

.....
 (timbro e firma del Medico)

Luogo e data,.....