

SCHEDA CLINICA INFORMATIVA

per il trasferimento del paziente

- in Riab. SPECIALISTICA
 - in Riab. MANTENIMENTO
 - in Riab. GENERALE / GERIATRICA
 - in RSA ed altre Strutture Socio-Sanitarie
 - Posti autorizzati/ Sollevo
 - CDI

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

Sintesi diagnostica	➔
Evento indice e data insorgenza	➔
Altre Patologie in atto ed eventuali allergie	➔
Terapia in atto	➔

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

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

Vaccinazione SARSCOV2

- Pace Maker
- Tracheostomy

Tracheostomia Ostrostomia Colorostomia Catetere vesicale
 Protesi Ortesi Quali:.....

Altre lesioni: Si No

Sugars

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

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,.....