



COGNOME NOME: _____ DATA NASCITA: _____

INDIRIZZO: _____, (____) TEL: _____

C.F. _____ STATO CIVILE: _____

Assistenza sanitaria: Iscritto SSN USL di residenza: _____ STP Privo di ASS. SAN.

Attuale collocazione del paziente:

OSP: _____ UO: _____ Dal (data): _____

Caregiver principale:

Cognome e Nome

Legame con l'utente

Recapito telefonico

In trattamento riabilitativo: No Si

Data evento acuto: data: ___/___/___

RANKIN PRE MORBOSA (0-5): _____

Glasgow Coma Scale più recente (se pz con GCA): _____

ASIA Impairment Scale più recente (se mieloleso): _____

Livello della mielolesione: _____

AUTONOMIA ANAMNESTICA PZ ORTOPEDICO/GERIATRICO:
ADL _____ IADL _____ CDR _____

PROBLEMATICHE ANAMNESTICHE INTERFERENTI CON IL RECUPERO FUNZIONALE:

- Internistiche Neurologiche Psichiatriche Oncologiche
 Muscolo-scheletriche TCE Abuso di sostanze Demenza

FATTORI AMBIENTALI

Legenda: 0: nessuna barriera/facilitatore; 1: barriera/facilitatore lieve
2: barriera/facilitatore medio 3: barriera/facilitatore grave
4: barriera/facilitatore completo.

Invalidità civile: No Sì

	Barriera	Facilitatore
Supporto familiare		
Persone che forniscono assistenza		
Condizioni architettoniche del domicilio		
Operatori sanitari		
Ausili		

DIAGNOSI PRINCIPALE: _____

DIAGNOSI SECONDARIE: _____

BISOGNI CLINICO ASSISTENZIALI

Legenda: 0: nessun problema; 1: problema lieve; 2: problema medio; 3: problema grave; 4: problema completo;

Disturbi della coscienza o vigilanza Demenza Decubiti

Respirazione:

- Nessun problema
 Spontanea
 Cannula
 Ossigeno
 Ventilazione meccanica

Nutrizione:

- Nessun problema
 Alimentazione per OS con consistenza modificata degli alimenti
 SNG
 PEG
 Nutrizione parenterale totale

Catetere vescicale:

- No
 Sì

Dialisi:

- No
 Sì

Gessi/Valve/F.E.A.:

- No
 Sì

Carico:

- No Parziale
 Sfiato Totale

Trombosi Venosa Profonda [TVP]:

- No
 Sì

Infezioni germi multiresistenti:

- No
 Sì (specificare) _____

Necessità ausili:

- No
 Sì (specificare) _____



PROFILO FUNZIONALE

Legenda - Livello di gravità: 0: Nessuno; 1: Lieve; 2: Medio; 3: Grave; 4: Completo; 9: Non applicabile.

Legenda - Livello di gravità prevedibile a fine percorso: (esprime la prognosi riabilitativa che deriva dalla valutazione dei singoli problemi):
0: Nessun problema; 1: Problema lieve; 2: Problema medio; 3: Problema grave; 4: Problema completo.

	Livello di gravità attuale	Livello di gravità prevedibile a fine percorso
Problemi motori		
Problemi sensoriali		
Dolore		
Problemi cardio respiratori		
Problemi cognitivi		
Problemi di comunicazione		
Problemi di alimentazione		
Problemi di continenza urinaria		
Problemi di continenza fecale		
Cura della propria persona		
Problemi nel controllo del tronco		
Problemi di trasferimenti da sdraiato		
Problemi di trasferimenti da seduto		
Problemi nel cammino		
Dispnea		
Tolleranza allo sforzo		

Rischio Dimissione Difficile: No Sì

Data prevista dimissione: _____

Percorso riabilitativo alla dimissione: No Sì

VALUTAZIONE FUNZIONALE PAZIENTE ORTOPEDICO/GERIATRICO (SINTESI):

POSIZIONE SEDUTA:

AUTONOMA

CON AIUTO

POSIZIONE ERETTA:

AUTONOMA

CON AIUTO/AUSILI

IMPOSSIBILE

CAMMINO:

CON AIUTO/AUSILI

NON IN GRADO DI CAMMINARE

PERCORSO RIABILITATIVO

Disponibilità al ricovero riabilitativo alternativo nell'ambito USL di residenza: No Sì

	Scelta principale (setting) * (denominazione struttura/servizio)	Scelta alternativa (indicare max 2 strutture/servizi di setting diverso)
GCA (COD 75)		
USU (COD 28)		
RIAB. INTENSIVA (COD 56)		
DH RIAB. (COD 56)		
RIAB. EST. EXTRAOSPEDALIERA		
RD 1.2 (STATO VEGETATIVO)		
RIABILITAZIONE AMBULATORIALE		
RIABILITAZIONE DOMICILIARE		

NOTE:

Data di compilazione: _____ Firma Medico: _____

* L'attribuzione definitiva del setting è a carico della COT, in base alle preferenze del pz ed alle singole disponibilità di posto letto. A mero titolo di esempio, si elencano le strutture pubbliche cod. 56 presenti in Regione Umbria: C.O.R.I. Passignano, Riab Ortop.-MVT, SCRIN Trevi, Ist Tiberino Umbertide, Domus Gratiae Terni, Riab intensiva e territoriale Osp Orvieto, Riab Intensiva Cascia e Valnerina, Riab cardiologia osp. Amelia.

Da inviare a: cot.pg@uslumbria1.it e, per conoscenza a: pru@ospedale.perugia.it