

<b>Dati Anagrafici</b>	Cognome <input type="text"/>	Nome <input type="text"/>
	Nato/a il <input type="text"/>	A <input type="text"/>
	Residente a <input type="text"/>	in Via <input type="text"/>
	Telefono <input type="text"/>	Vive solo/a <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Conviventi <input type="text"/>

<b>A N A M E S I</b>	<b>Diagnosi e data di inizio della patologia per cui si richiede l'intervento riabilitativo</b>	
	<input type="text"/>	
	Altre patologie concomitanti ( <i>barrare se presenti</i> )	<input type="checkbox"/> Cardiopatia ischemica <input type="checkbox"/> Fibrillazione atriale <input type="checkbox"/> Iperensione arteriosa <input type="checkbox"/> TVP <input type="checkbox"/> Diabete mellito <input type="checkbox"/> BPCO
	Altro ( <i>specificare</i> )	<input type="text"/>
Precedenti ricoveri per riabilitazione	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Presso quale struttura <input type="text"/>
Quando <input type="text"/>	Precedenti ricoveri in questa Casa di Cura <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Ultimo ricovero nell'anno <input type="text"/>

<b>A T T U A L I</b>	Vigilanza <input type="checkbox"/> Rid <input type="checkbox"/> Norm <input type="checkbox"/> Orientato <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Collaborante <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Agitato <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Depresso <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>	
	Paziente allettato <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Da quanto tempo? <input type="text"/>	Necessità assistenza continuativa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
	CVC, stomie, cannule tracheali, etc. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> ( <i>specificare</i> ) <input type="text"/>	
	Decubiti e/o altre ev. lesioni cutanee <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> ( <i>specificare</i> ) <input type="text"/>	
	Dispnoico <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> A riposo <input type="checkbox"/> Da minimo sforzo <input type="checkbox"/> Necessita O <sub>2</sub> terapia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Quanto? <input type="text"/>	
	Incontinenza <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> ( <i>specificare</i> ) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Urinaria <input type="checkbox"/> Fecale <input type="checkbox"/> Doppia incontinenza <input type="checkbox"/> Catetere urinario permanente
	Comunicazione verbale possibile <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Afasia <input type="checkbox"/> Disartria <input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Fluida <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/> Peso (Kg) _____	
	Si alimenta da solo/a con il cibo già preparato nel piatto?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Senza aiuto <input type="checkbox"/> Con aiuto modesto <input type="checkbox"/> Con aiuto intenso
	E' in grado di vestirsi (con gli abiti indossati usualmente)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Senza aiuto <input type="checkbox"/> Con aiuto modesto <input type="checkbox"/> Con aiuto intenso
	Provvede alla propria igiene (lavarsi, rassettersi, etc.)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Senza aiuto <input type="checkbox"/> Con aiuto modesto <input type="checkbox"/> Con aiuto intenso
Può stare seduto/a in letto senza appoggiare la schiena?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Senza aiuto <input type="checkbox"/> Con aiuto modesto <input type="checkbox"/> Con aiuto intenso	
Esegue trasferimenti letto-sedia-carrozzina e viceversa?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Senza aiuto <input type="checkbox"/> Con aiuto modesto <input type="checkbox"/> Con aiuto intenso	
Può mantenere la stazione eretta per almeno un minuto?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Senza aiuto <input type="checkbox"/> Con aiuto modesto <input type="checkbox"/> Con aiuto intenso	
E' in grado di camminare in piano con o senza ausili?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Senza aiuto <input type="checkbox"/> Con aiuto modesto <input type="checkbox"/> Con aiuto intenso	

<b>PER I PAZIENTI ORTOPEDICI</b>	Concesso il carico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> A partire dal _____
----------------------------------	--

Parenti o altre persone disponibili ad assistere il Paziente durante la degenza?  No  Sì  (*specificare*) \_\_\_\_\_

Nominativo Medico di Base  Recapito tel.   
*(se diverso dal medico proponente)*

<b>MEDICO PROPONENTE</b>
Dott. _____
Telefono: _____

<b>MEDICO PROPONENTE</b>
<i>Timbro e firma</i>

<b>DIREZIONE SANITARIA OSPEDALIERA</b>
<i>Timbro e firma</i> <i>(obbligatorio per Pazienti ricoverati)</i>

<b>Data</b>
-------------