



VILLA DEI PINI

CASA DI CURA PRIVATA
"VILLA DEI PINI" S.P.A.
C.da Pennini 86/a - AVELLINO

TEL: 0825672711
FAX: 082536073
MAIL: uff.ricoveririabilitazione@villadeipini.com

REPARTO RIABILITAZIONE MULTIDISCIPLINARE COD.56/COD.60

SCHEDA CLINICO-CONOSCITIVA PROPOSTA RICOVERO

COGNOME:

NOME:

LUOGO e DATA DI NASCITA:

DOMICILIO:

TEL. AB.: TEL. CELL.:

TEL. FAMILIARI:

TUTOR NO SI COGNOME E NOME:..... TEL:.....

PAZIENTE RICOVERATO NELL' U.O: C/O OSPEDALE:.....

MEDICO DELL' U.O PROponente:..... TEL:.....

MEDICO DI MEDICINA DI BASE:..... TEL:.....

DIAGNOSI (EVENTO INDICE):.....

DATA EVENTO INDICE:.....

INTERVENTO CHIRURGICO ESEGUITO:.....

AUTONOMIA PRE-EVENTO INDICE: AUTOSUFFICIENTE DIPENDENZA LIEVE

DIPENDENZA MODERATA DIPENDENZA GRAVE

DIPENDENZA COMPLETA

GLASGOW COMA SCALE (AL RICOVERO): PUNTEGGIO APERTURA OCCHI

PUNTEGGIO RISPOSTA MOTORIA

PUNTEGGIO RISPOSTA VERBALE

PARAMETRI VITALI: PA..... FC..... TC..... SATURAZIONE O2.....

PESO CORPOREO:.....

STATO NUTRIZIONALE: ADEGUATO SOVRAPPESO OBESITA' MALNUTRIZIONE

NYHA ALL'INGRESSO |___| NYHA ATTUALE |___|

COMORBILITA' (SBARRARE LA VOCE CHE INTERESSA) :

|___| BPCO |___| IPERTENSIONE ARTEROSA |___| INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA

|___| CARDIOPATIA ISCHEMICA |___| SCOMPENSO CARDIACO |___| CARDIOPATIA IPERTENSIVA

|___| CUORE POLMONARE CRONICO

|___| CARDIOMIOPATIA DILATATIVA |___| FIBRILLAZIONE ATRIALE CRONICA

|___| INSUFFICIENZA RENALE CRONICA |___| INSUFFICIENZA RENALE ACUTA

|___| EPATOPATIE QUALE:.....

|___| ASCITE |___| VERSAMENTO PLEURICO

|___| EPILESSIA |___| M. DI PARKINSON |___| SCLEROSI MULTIPLA

|___| NEOPLASIE QUALE:.....

|___| OBESITA'

|___| DIABETE INSIPIDO

|___| STATI INFETTIVI IN CORSO – QUALI:.....

|___| PATOLOGIE PSICHIATRICHE – QUALI:.....

|___| DEMENZA – DA QUANTO TEMPO?.....

|___| ALTRO

DIABETE MELITO: |___| SI |___| NO |___| TERAPIA INSULINICA |___| TERAPIA CON ANTIDIABETICI ORALI

LESIONI DA DECUBITO : |___| SI |___| NO

NEMERO LESIONI:

SEDI DELLE LESIONI:

GRADO DELLE LESIONI :

FERITE CHIRURGICHE (SEDI) :

APPARECCHIO GESSATO : |___| NO |___| SI

TIPO DI APPARECCHIO GESSATO :

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO E POSOLOGIA :

EMOGAS ATTUALE |___| (Si prega di allegare alla presente fotocopia dell'ultimo esame praticato e datato)

ESAME EMOCROMOCITOMETRICO |___| (Si prega di allegare alla presente la fotocopia dell'ultimo esame praticato e datato)

QPE |___| (Si prega di allegare alla presente la fotocopia dell'ultimo esame praticato e datato)

ECG |___| (Si prega di allegare alla presente la fotocopia dell'ultimo esame elettrocardiografico praticato e datato)

ESAME ECOCARDIOGRAFICO |___| (Si prega di allegare alla presente la fotocopia dell'ultimo esame praticato e datato con refertazione)

ESAME ECOCOLORDOPPLER (Si prega di allegare alla presente la fotocopia dell'ultimo esame praticato e datato con refertazione)

ESAME HOLTER CARDIACO (Si prega di allegare alla presente la fotocopia dell'ultimo esame praticato e datato con refertazione)

ESAME HOLTER PRESSORIO (Si prega di allegare alla presente la fotocopia dell'ultimo esame praticato e datato con refertazione)

CONDIZIONI GENERALI: BUONE DISCRETE SCADENTI

COLLABORAZIONE: VALIDA SCARSA ASSENTE

LINGUAGGIO: NELLA NORMA NON VALUTABILE DISARTRIA AFASIA

QUALE?.....

DISTURBI COMPORTAMENTALI E SINTOMI PSICHICI: NO SI

AGGRESSIVITA' VS SE' AGGRESSIVITA' VS ALTRI

DEPRESSIONE ALLUCINAZIONI

AGITAZIONE PSICO-MOTORIA LAMENTAZIONI

URLA VOCALISMI IRRITABILITA'

INVERSIONE RITMO SONNO-VEGLIA DELIRI ETILISMO

DEFICIT NEUROCOGNITIVI: NO NON VALUTABILI SI

DEFICIT MNESICI DEFICIT ATTENZIONALI

DEFICIT DI ORIENTAMENTO SPAZIALE

DEFICIT DI ORIENTAMENTO TEMPORALE

MOTILITA' ATTIVA VOLONTARIA: ARTO SUP. DESTRO SI NO

ARTO SUP. SINISTRO SI NO

ARTO INF. DESTRO SI NO

ARTO INF. SINISTRO SI NO

ALIMENTAZIONE: OS AUTONOMA

OS DIPENDENTE

SNG DATA ULTIMA APPLICAZIONE DEL SNG :

PEG DATA APPLICAZIONE DELLA PEG :

PARENTERALE

RESPIRO EUPNOICO DISPNOICO

VENTILAZIONE MECCANICA ASSISTITA: NO SI CONTINUA INTERMITTENTE

TRACHEOSTOMIA: NO SI

DATA DELLA TRACHEOTOMIA :

DATA ULTIMA REVISIONE DI CANNULA TRACHEOSTOMICA

OSSIGENOTERAPIA: NO SI L./MIN:.....

CONTROLLO SFINTERICO VESCICA: CONTINENTE INCONTINENTE RITENZIONE

CONTROLLO SFINTERICO ANALE: CONTINENTE INCONTINENTE RITENZIONE

USO DI CATETERE VESCICALE A PERMANENZA: NO SI DATA ULTIMA APPLICAZIONE:.....

USO DI CVC: NO SI DATA ULTIMA APPLICAZIONE :.....

ALLETTAMENTO : NO SI

POSTURA SEDUTA AUTONOMA : NO SI

USO DI COLLARE CERVICALE: NO SI QUALE:.....

USO DI CORSETTO DORSO-LOMBARE: NO SI QUALE:.....

NUTRIZIONE: MANGIA DA SOLO? NO SI

ABBIGLIAMENTO: SI VESTE DA SOLO? NO SI

IGIENE PERSONALE: SI LAVA DA SOLO? NO SI

NOTA BENE: NEL CASO IN CUI, NEL TEMPO INTERCORRENTE TRA L'ASSENSO AL RICOVERO C/O LA NS. U.O. RIABILITATIVA E LA DIMISSIONE DEL/LA PAZIENTE DALLA STRUTTURA PROPONENTE, LE CONDIZIONI CLINICHE EVOLVESSERO IN SENSO PEGGIORATIVO, SI PREGANO CORTESEMENTE I SIGG. MEDICI DI COMUNICARE VIA FAX (0825/36073) OPPURE TRAMITE CONTATTO TELEFONICO (0825/672711) LE MODIFICATE CONDIZIONI CLINICHE DEL/LA PAZIENTE MEDESIMO/A.

SI RINGRAZIA PER LA COLLABORAZIONE

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO DELL' U.O.

DATA:.....