



ISTITUTO FISIOTERAPICO DI RIABILITAZIONE  
"CLARA FRANCESCHINI"

CASA DI CURA PRIVATA  
ACCREDITATA AL S.S.N.

Via Selvapiana, 2 / 04016 Sabaudia (LT)  
tel +39 0773 5941 / fax +39 0773 596175  
www.istitutofranceschini.it  
info@istitutofranceschini.it

### Scheda biografica per proposta di ricovero

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Residenza (Città) \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Recapito tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Titolo di studio \_\_\_\_\_ Stato civile \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_  
N° Codice Regione \_\_\_\_\_ N° Cod. Fiscale \_\_\_\_\_  
Luogo/reparto dove si trova attualmente \_\_\_\_\_

### Precedenti Ricoveri

Ospedali o case di cura	Data di accettazione	Data di dimissione	Diagnosi

Motivo della richiesta di ricovero \_\_\_\_\_  
Complicanze post operatorie \_\_\_\_\_  
Condizioni post operatorie \_\_\_\_\_  
Diagnosi dettagliata della patologia \_\_\_\_\_  
Inizio e causa della patologia \_\_\_\_\_  
Condizioni generali \_\_\_\_\_ Stato di coscienza \_\_\_\_\_  
Limitazioni articolari \_\_\_\_\_  
Sensibilità \_\_\_\_\_ Linguaggio \_\_\_\_\_

### Anamnesi fisiologica

Tabagismo  Si  No      Alcolismo  Si  No  
Capacità di alimentarsi in misura autonoma  Si  No      Controllo della minzione  Si  No  
Catetere vescicale a permanenza  Si  No      Controllo dell'alvo  Si  No  
Presenza di cannula tracheale  Si  No

## Anamnesi patologica Remota e Prossima

Metastasi ossee  Si  No Distrofie cutanee  Si  No

Lesioni da pressione  Si  No se si dove \_\_\_\_\_

Malattia dell'apparato scheletrico e muscolare \_\_\_\_\_

Esiti di fratture \_\_\_\_\_

Deambulazione autonoma  Si  No come \_\_\_\_\_

Malattie dell'apparato respiratorio \_\_\_\_\_

Malattie dell'apparato cardio-circolatorio \_\_\_\_\_

Classe funzionale NYHA \_\_\_\_\_ Stabilizzazione clinica  Si  No

Frequenza cardiaca a riposo m' \_\_\_\_\_ P.A. max \_\_\_\_\_ min. \_\_\_\_\_

Arteriopatie periferiche  Si  No

Flebopatie pregresse o in atto \_\_\_\_\_

Malattie dell'apparato digerente \_\_\_\_\_

Interventi chirurgici subiti \_\_\_\_\_

Presenze di ernie \_\_\_\_\_

Malattie dell'apparato uro genitale \_\_\_\_\_

Malattie metaboliche \_\_\_\_\_

Diabete mellito  Si  No Dislipidemie \_\_\_\_\_

Malattie del sistema nervoso \_\_\_\_\_

Sistema piramidale \_\_\_\_\_

Sistema extrapiramidale \_\_\_\_\_

TERAPIA IN ATTO \_\_\_\_\_

## Psichiatria e socialità

Comportamento e socialità

Reazioni emotive: Depressione  Si  No Eccitazione  Si  No Euforia  Si  No

Aggressività  Si  No Negativismo  Si  No Manierismo  Si  No

Collaborazione  Si  No

Disturbi di carattere psichico di rilievo \_\_\_\_\_

L'ammissione del paziente è subordinata al parere del medico di accettazione ai sensi dell'art.14 del D.P.R. n.128 del 27.03.1969. Per il necessario avvicendamento dei ricoveri, al termine della terapia, il paziente, su parere dei Sanitari, dovrà tornare al proprio domicilio o altro Presidio Ospedaliero o istituto di lungodegenza o RSA.

La firma di questa richiesta impegna il Paziente e i suoi Familiari a rispettare le decisioni dei Sanitari concernenti la modalità e i tempi di dimissione.

Firma del Familiare \_\_\_\_\_ Firma del Medico \_\_\_\_\_