



LOGO DELL'ISTITUTO
CHE FA LA RICHIESTA

MODULO UNICO PER LA RICHIESTA DI TRASFERIMENTO IN POST-ACUZIE

UO richiedente _____ telefono: _____ fax: _____ e-mail: _____
 N. nosologico Cartella _____ Data compilazione ____/____/____

Nel caso la richiesta non provenga da Struttura Sanitaria specificare:

Richiesto da _____ telefono: _____ fax: _____ e-mail: _____
 richiede la disponibilità di posto in:

Unità Spinale (Codice 28)
 Recupero e Riabilitazione Funzionale (Codice 56)
 Neuroriabilitazione (codice 75)
 Lungodegenza (codice 60)

dm 5 agosto 2021

SPECIFICARE SE:

Ricovero conseguente ad evento acuto (ricovero in acuzie negli ultimi 12 mesi)
 Ricovero non conseguente ad evento acuto (non ricovero in acuzie negli ultimi 12 mesi)

Cognome _____ Nome _____
 Luogo di nascita _____ data di nascita _____ sesso: F M
 Domicilio _____ telefono _____
 Care-giver di riferimento e recapito _____

DIAGNOSI INSERITE NELLA SDO DI RICOVERO PER ACUTI PER IL RICOVERO IN RIABILITAZIONE (COME DA ELENCO CODICI ICD-9-CM INSERITI NEGLI ALLEGATI AL DM 09.08.2021)

<input type="checkbox"/>	Cod. ICD-9-CM:	
<input type="checkbox"/>	Cod. ICD-9-CM:	
<input type="checkbox"/>	Cod. ICD-9-CM:	<i>dm 5 agosto 2021</i>
<input type="checkbox"/>	Cod. ICD-9-CM:	
<input type="checkbox"/>	Cod. ICD-9-CM:	

NEL CASO LA RICHIESTA NON PROVENGA DA STRUTTURA SANITARIA SPECIFICARE LA DIAGNOSI PER APPROPRIATEZZA DIAGNOSTICA:

SCALE SEVERITA', COMORBIDITA' e DISABILITA':

PER RICHIESTE DI RIABILITAZIONE IN STRUTTURE CODICE 28

ASIA Impairment Scale: A B C D

condiviso nelle riunioni

PER RICHIESTE DI RIABILITAZIONE IN STRUTTURE CODICE 56

**CONDIZIONI CLINICHE**

Condizioni generali	<input type="checkbox"/> BUONE	<input type="checkbox"/> DISCRETE	<input type="checkbox"/> SCADENTI
Paziente stabile dal punto di vista internistico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Paziente post comatoso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO SE SI, GCS (punteggio) ... e durata coma >24 ore	
Collaborazione	<input type="checkbox"/> TOTALE	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> ALTERNANTE <input type="checkbox"/> ASSENTE
Comprensione	<input type="checkbox"/> TOTALE	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> ALTERNANTE <input type="checkbox"/> ASSENTE
Motilità volontaria	<input type="checkbox"/> TOTALE	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> ASSENTE
Deambulazione	<input type="checkbox"/> AUTONOMO	<input type="checkbox"/> AUTONOMO CON AUSILIO	<input type="checkbox"/> NON AUTONOMO <input type="checkbox"/> IMPOSSIBILE
Controllo Tronco	<input type="checkbox"/> TOTALE	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> ASSENTE
Stazione eretta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI, CON AUSILI	<input type="checkbox"/> NO
Stazione seduta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Motilità articolazioni	<input type="checkbox"/> TOTALE	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> ASSENTE
Capacità di alimentarsi	<input type="checkbox"/> AUTONOMO	DISFAGIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> NON AUTONOMO	<input type="checkbox"/> IMBOCCATO	<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PARENTERALE
Igiene personale	<input type="checkbox"/> AUTONOMO	<input type="checkbox"/> CON AIUTO	<input type="checkbox"/> DIPENDENTE
Controllo dell'alvo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> NO	
Controllo minzione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> NO	
Catetere vescicale a permanenza	<input type="checkbox"/> SI (data inserimento o dell'ultimo cambio.....) <input type="checkbox"/> NO		
Presenza cannula tracheale	<input type="checkbox"/> SI (specificare tipo e data di inserimento.....) <input type="checkbox"/> NO		
Ventilazione meccanica	<input type="checkbox"/> SI (specificare tipo e modalità.....) <input type="checkbox"/> NO		
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> SI (specificare modalità.....) <input type="checkbox"/> NO		
Portatore di CVC	<input type="checkbox"/> SI (specificare il tipo e la sede.....) <input type="checkbox"/> NO		
Portatore di CV Periferico	<input type="checkbox"/> SI (sede e data di inserimento.....) <input type="checkbox"/> NO		
Presenza di stomie	<input type="checkbox"/> SI (specificare tipo e sede.....) <input type="checkbox"/> NO		
Fissatore esterno	<input type="checkbox"/> SI (specificare tipo e sede.....) <input type="checkbox"/> NO		
Apparecchio gessato	<input type="checkbox"/> SI (specificare tipo e sede.....) <input type="checkbox"/> NO		
Infezioni in atto/microrganismi alert*	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE SOLO PER RICHIESTA TRASFERIMENTO UGCA

Il paziente è in postura di decorticazione o decerebrazione?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Il paziente presenta agitazione psico-motoria?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Il paziente esegue ordini semplici?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE SOLO PER RICHIESTA TRASFERIMENTO US/CENTRO SPINALE

Il paziente è paraplegico tetraplegico

Livello di lesione documentato all'RX

RICHIESTA DI TRASFERIMENTO (la risposta deve pervenire entro 48 ore lavorative dalla richiesta, come previsto normativa regionale vigente)

documento sovrappollamento e flusso di ricovero

La richiesta è stata INVIATA IN DATA _____ ALL'ISTITUTO _____
 ACCETTATA – DISPONIBILITA' IMMEDIATA
 ACCETTATA – INSERITO IN LISTA D'ATTESA
 NON APPROPRIATA *indicare criteri di esclusione ai sensi DCA 226/2018*

La richiesta è stata INVIATA IN DATA _____ ALL'ISTITUTO _____
 ACCETTATA – DISPONIBILITA' IMMEDIATA
 ACCETTATA – INSERITO IN LISTA D'ATTESA
 NON APPROPRIATA *indicare criteri di esclusione ai sensi DCA 226/2018*

Data trasferimento _____

Timbro e firma del medico del reparto

Timbro e firma del medico specialista in riabilitazione

.....

.....