

ALLEGATO c)

Da compilare a cura dell'Ospedale dimettente. P.O. _____

Anagrafica	Cognome e Nome Indirizzo e telefono	Data e Luogo di nascita C.F.
	Care giver e telefono	

Attuale collocazione paziente (specificare e barrare a lato) Sede (cod)/Reparto (cod)dal..... Anamnesi Significativa ed esame funzionale (comprensiva del grado di autonomia e del bisogno assistenziale pre evento attuale)	In trattamento riabilitativo si no	Reparto per acuti Lungodegenza Cod 75 Cod 28 Cod 56 II livello Cod 56 I livello DH Riab. Ambul. RRF Residen. socio-sanit. Domicilio
---	--	--

Analisi dei bisogni internistico-assistenziali Cute: (decubiti) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (specificare) Respirazione: <input type="checkbox"/> Spont <input type="checkbox"/> Cannula <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> v.mec Alimentazione <input type="checkbox"/> p.os <input type="checkbox"/> Sondino <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> CVC Catetere vesc. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (specificare) Gessi, valve, FEA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (specificare) Carico <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parz <input type="checkbox"/> Totale Dialisi <input type="checkbox"/> Disfagia Altro (compresi i farmaci):	Descrizione del grado di autonomia <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">Parz.</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>Cura di se</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Controllo sfinterico</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Controllo del tronco</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mobilità a letto</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mobilità nei trasferimenti</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cammino</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Comunicazione</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Collabor./partecipaz.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Toll. Tratt. Riab</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Altro:</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Barthel Index attuale =</td> <td colspan="3" style="text-align: right;">/100</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">F.I.M. attuale =</td> <td colspan="3" style="text-align: right;">/126</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">LCF attuale =</td> <td colspan="3" style="text-align: right;">Obbligatoria in deg.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">ASIA attuale =</td> <td colspan="3" style="text-align: right;">Obbligatoria per ricovero in cod 28</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">GCS all'esordio =</td> <td colspan="3" style="text-align: right;">Obbligatoria per ricovero in cod 75</td> </tr> </table>		SI	Parz.	NO	Cura di se				Controllo sfinterico				Controllo del tronco				Mobilità a letto				Mobilità nei trasferimenti				Cammino				Comunicazione				Collabor./partecipaz.				Toll. Tratt. Riab				Altro:				Barthel Index attuale =	/100			F.I.M. attuale =	/126			LCF attuale =	Obbligatoria in deg.			ASIA attuale =	Obbligatoria per ricovero in cod 28			GCS all'esordio =	Obbligatoria per ricovero in cod 75		
	SI	Parz.	NO																																																														
Cura di se																																																																	
Controllo sfinterico																																																																	
Controllo del tronco																																																																	
Mobilità a letto																																																																	
Mobilità nei trasferimenti																																																																	
Cammino																																																																	
Comunicazione																																																																	
Collabor./partecipaz.																																																																	
Toll. Tratt. Riab																																																																	
Altro:																																																																	
Barthel Index attuale =	/100																																																																
F.I.M. attuale =	/126																																																																
LCF attuale =	Obbligatoria in deg.																																																																
ASIA attuale =	Obbligatoria per ricovero in cod 28																																																																
GCS all'esordio =	Obbligatoria per ricovero in cod 75																																																																

Ausili (in uso): No Si (specificare)	Problematiche sociali: No Si (specificare)	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;">Bisogni clinico-internistici:</td> <td style="width:10%;">Elevati</td> <td style="width:10%;">Medi</td> <td style="width:10%;">Bassi</td> <td style="width:10%;">Assenti</td> <td style="width:10%;">ICD9CM</td> </tr> <tr> <td>Bisogni assistenziali:</td> <td>Elevati</td> <td>Medi</td> <td>Bassi</td> <td>Assenti</td> <td>ICD9CM Cod Dis 1 - 5 :</td> </tr> </table>	Bisogni clinico-internistici:	Elevati	Medi	Bassi	Assenti	ICD9CM	Bisogni assistenziali:	Elevati	Medi	Bassi	Assenti	ICD9CM Cod Dis 1 - 5 :
Bisogni clinico-internistici:	Elevati	Medi	Bassi	Assenti	ICD9CM									
Bisogni assistenziali:	Elevati	Medi	Bassi	Assenti	ICD9CM Cod Dis 1 - 5 :									

Sintesi del progetto riabilitativo (comprensivo di obiettivi per funzioni) Recupero funzione motoria (compreso recupero della tolleranza allo sforzo) Recupero funzione cardio/respiratoria Recupero funzione cognitiva Recupero funzione comunicativa Recupero funzione sensoriale Recupero funzione alimentazione Ausili Altro	Setting appropriato Reparto per acuti Lungodegenza Cod 75 Cod 28 Cod 56 II livello Cod 56 I livello DH Riab. Ambulatorio RRF Resid. socio-sanit. Cure domiciliari Data prevista per il cambio di setting Non indicazione al trattamento riabilitativo
---	---

Gradiente di modificabilità della disabilità (**Prognosi funzionale**): Elevato Medio Basso Da rivalutare

Tempi previsti per la realizzazione..... s.c.

Data _____ Medico proponente (firma e timbro) _____

a scheda deve essere compilata ad ogni cambio di setting riabilitativo o di soggetto erogatore da parte del fisiatra: copia per il proponente, per il pz o la struttura ospitante, per struttura destinataria, per RRF e residenza