

SCHEMA CLINICA INFORMATIVA per il trasferimento del paziente

- | | |
|---|--|
| ☐ in Riab. SPECIALISTICA | ☐ in RSA ed altre Strutture Socio-Sanitarie |
| ☐ in Riab. MANTENIMENTO | ☐ a Domicilio |
| ☐ in Riab. GENERALE / GERIATRICA | |

Cognome e Nome paziente			
nato/a		il	
Comune di residenza			
Indirizzo			
CODICE FISCALE			

Sintesi diagnostica	→	
Evento indice e data insorgenza	→	
Altre Patologie in atto ed eventuali allergie	→	
Terapia in atto	→	

Disfagia Si ☐ No ☐ **Afasia/disartria** Si ☐ No ☐

Nutrizione ☐ per os ☐ Sondino n-g ☐ PEG ☐ Parenterale

Respirazione ☐ normale ☐ Ossigeno ☐ Ventilazione meccanica ☐ con tracheostomia

Aspirazione secrezioni bronchiali Si ☐ No ☐

Presenza deficit sensoriali ☐ Visivi ☐ Uditivi

Portatore di:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| ☐ Pace Maker | ☐ Catetere perdurale | ☐ Catetere venoso centrale | ☐ Pompa elastomerica |
| ☐ Tracheostomia | ☐ Urostomia | ☐ Colostomia | ☐ Catetere vescicale |
| ☐ Protesi | ☐ Ortesi | Quali:..... | |

Presenza Piaghe da decubito Si ☐ No ☐ **Eventuali sedi**

Altre lesioni: Si ☐ No ☐

Segue →

STATO DI COSCIENZA	☐ Vigile	☐ Risposta a stimolo verbale	☐ Risposta a stimolo doloroso	☐ Non risponde
Eventuale punteggio Glasgow Coma Scale				
Deterioramento cognitivo	☐ assente	☐ lieve/moderato		☐ grave
Comprensione ordini semplici	Si ☐ No ☐			
Disturbi del comportamento	☐ assenti	☐ lievi/moderati		☐ gravi
↳ Specificare				

ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

	Indipendente	Parzialmente Dipendente	Totalmente Dipendente	
Capacita' di fare il bagno	☐	☐	☐	
Capacita' di vestirsi	☐	☐	☐	
Uso dei servizi	☐	☐	☐	
Continanza Sfinterica	☐	☐	☐	
Capacita' di alimentarsi	☐	☐	☐	
Cammina	☐ da solo	☐ con aiuto	☐ protesi- ausili	☐ usa carrozzella
Allettato	No ☐ Si ☐	Se si, specificare da quanto tempo	mesi.....	anni.....

SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE

Abitazione	☐ Idonea	☐ Presenza barriere architettoniche	
Vive solo	☐ Si	☐ No	
Supporto familiare /caregiver	☐ Presente	☐ Parziale	☐ Assente

E' già stato sottoposto a terapia riabilitativa?	☐ Si	☐ No
↳ Con quali risultati?	☐ Positivo	☐ Parziale ☐ Nullo

Attuale capacita' di collaborazione ad interventi riabilitativi:	☐ Presente	☐ Parziale	☐ Assente
Orientamento sulle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni:	☐ Presente	☐ Parziale	☐ Assente

Struttura inviante

In fede

.....
☎

.....
(timbro e firma del Medico)

Luogo e data,.....