

**PROPOSTA DI RICOVERO**

Cognome.....Nome.....  
 Data e luogo di nascita .....  
 Domiciliato a..... Via.....  
 Tel:.....Familiare referente.....  
 Luogo/Reparto.....  
 Diagnosi da cui si evince il motivo di ricovero (data di esordio).....

**Condizioni generali:** buone  discrete  scadute  lucido  confuso  obnubilato  è stato in coma: **si**  **no**   
**Collaborazione:** Buona  scarsa  nulla  **Demenza:** si  no  **Linguaggio:** normale  afasia  disartria  aprassia   
**Alimentazione:** per os  sng  peg  **Respirazione:** autonoma  tracheostomia  O2terapia ----h/die  
**Dipendenze:** si  no  **Continenza sfinterica:** vescicale si  no   
 (compreso alcoolismo) intestinale si  no   
**Lesioni da pressione:** (sede ed estensione).....

**Condizioni morbose concomitanti:** .....

**Disturbi psichici di rilievo** .....

**Intervento chirurgico subito:** si  no   
**Condizioni postoperatorie:** (comprese eventuali complicanze ) .....

**Condizioni motorie:** .....

Stazione eretta: si  no  Stazione seduta si  no  Deambulazione si  no

**Controindicazioni al carico:** si  no   
**Eventuali indicazioni di trattamento riabilitativo:** .....

**Terapia farmacologia:** (ospedaliera e domiciliare) .....

**Precedenti ricoveri:**

Ospedale o casa di cura	Data ammissione	Data dimissione	Diagnosi

**Firma paziente o familiare** .....

Timbro e firma del medico proponente ..... Data.....

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 ed i suoi Familiari a rispettare le decisioni dei Sanitari concernenti le modalità e i tempi di dimissione. La compilazione incompleta di questo modulo può determinare il protrarsi dei tempi di attesa qualora siano necessarie ulteriori precisazioni.

Villa Fulvia – Via Appia Nuova 901- 00178 Roma tel. 06710501 fax. 0671050501

Il sottoscritto ..... dichiara sotto la propria responsabilità di non aver subito precedenti ricoveri in riabilitazione per la patologia in atto.