



# RICHIESTA DI RICOVERO DHEE

I.O. N°4/PRO.05  
MOD.01  
Rev.01/2023

Pag. 1 di 1

**RICHIESTA DA INVIARE A MEZZO FAX AL N° 02.48593519**

Data della richiesta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Sesso  M  F

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Persone Riferimento 1 \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

(che si faranno carico del paziente)

2 \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

UONPIA di riferimento \_\_\_\_\_

PLS \_\_\_\_\_

Diagnosi principale per cui si richiede il ricovero in Day Hospital EE \_\_\_\_\_

Patologie associate \_\_\_\_\_

Terapia farmacologica \_\_\_\_\_

Condizioni generali	<input type="checkbox"/> Buone	<input type="checkbox"/> Mediocri	<input type="checkbox"/> Scadute
Condizioni internistiche	<input type="checkbox"/> Stabilizzate		<input type="checkbox"/> Non stabilizzate
Problemi deambulazione	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Parziali	<input type="checkbox"/> No
Controllo urinario	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Catetere
Controllo fecale	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> No
Si alimenta da solo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Con aiuto	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEG
Collaborazione	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> No
Disturbo del linguaggio	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> No
Epilessia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Farmaco resistente	<input type="checkbox"/> No
Altro:	_____		

Timbro e firma del Medico Richiedente

\_\_\_\_\_

Note per il Servizio Accettazione Ricoveri: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_