



RICHIESTA DI RICOVERO DHEE

RICHIESTA DA INVIARE A MEZZO FAX AL N° 02.48593519 oppure E-mail: ricoveridezza@casadicuraigea.it

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: _____
