	DOMANDA DI RICOVERO **(CdC Igea sede Dezza)**	**PRO 50** **MOD.01** **Rev.0/2025**
		Pag. 1 di 1

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

☐ **RICOVERO ORDINARIO** ☐ **DAY HOSPITAL** **Data della richiesta** _____/_____/_____

Struttura di provenienza _____ Reparto _____ Tel. Reparto_____

Cognome_____ Nome _____

Sesso ☐ M ☐ F Data di nascita _____/_____/_____

Comune di residenza _____ Via _____ Nr._____

Recapito telefonico del paziente _____

Persone di riferimento 1_____Tel_____

(che si faranno carico del paziente)

2 _____ Tel_____

Data evento morboso/acuto _____/_____/_____

Diagnosi principale per cui si richiede il ricovero in Riabilitazione ad Alta Complessità_____

_____

Danno funzionale _____ Obiettivi riabilitativi_____

Patologie associate_____

_____

Terapia farmacologica _____

_____

Dimissione prevista per _____/_____/_____

Condizioni generali	☐ Buone	☐ Mediocri	☐ Scadute		
Condizioni internistiche	☐ Stabilizzate	☐ Non stabilizzate			
Malattie Infettive	☐ Si _____	☐ No			
Problemi deambulazione	☐ Si	☐ Parziali	☐ No		
Allettato	☐ Si	☐ No			
Lesioni da decubito	☐ Si, localizzazione _____	☐ No			
Controllo urinario	☐ Si	☐ Parziale	☐ No	☐ Catetere	
Controllo fecale	☐ Si	☐ Parziale	☐ No		
Si alimenta da solo	☐ Si	☐ Con aiuto	☐ No	☐ SNG	☐ PEG
Tracheostomia	☐ Si Eseguita in data__/__/____	☐ No			
Ventilazione Meccanica	☐ Si	☐ No			
Lucidità	☐ Si	☐ Parziale	☐ No		
Collaborazione	☐ Si	☐ Parziale	☐ No		
Rischio Cardiovascolare Residuo	☐ Assente	☐ Lieve	☐ Medio	☐ Elevato	
Paz. Ortopedico: carico	☐ Si % di carico del	☐ No			
Punteggio	☐ **GCS**_____	☐ **ASIA** _____			

Timbro e firma del Medico Richiedente

_____

Note per il Servizio Ricoveri: _____

_____

Sistema Sanitario Regione Lombardia