

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> in riabilitazione SPECIALISTICA         | <input type="checkbox"/> in RSA ed altre strutture Socio-Sanitarie |
| <input type="checkbox"/> in riabilitazione MANTENIMENTO          | <input type="checkbox"/> a domicilio                               |
| <input type="checkbox"/> in riabilitazione GENERALE / GERIATRICA |  |

Cognome e Nome del paziente: .....

Nato/a: ..... Nato 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         Ventilaz. meccanica     tracheostomia

**Aspirazione di secrezioni bronchiali:**             Si             No

**Presenza di deficit sensoriali:**                     Visivi         Uditivi

**Portatore di:**

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pace Maker    | <input type="checkbox"/> Catetere perdurale | <input type="checkbox"/> Catetere venoso centrale | <input type="checkbox"/> Pompa elastomerica |
| <input type="checkbox"/> Tracheostomia | <input type="checkbox"/> Urostomia          | <input type="checkbox"/> Colostomia               | <input type="checkbox"/> Catetere vescicale |
| <input type="checkbox"/> Protesi       | <input type="checkbox"/> Ortesi             | Altri: .....                                      |   |

**Presenza piaghe da decubito:**                     Si             No

**Altre lesioni:**                                         Si             No

**Eventuali sedi di piaghe e lesioni:** .....

## Stato di coscienza

Vigile       Risponde a stimolo verbale       Risponde 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 eventuali disturbi del comportamento:**

.....  
.....

## Attività della vita quotidiana

	Indipendente	Parzialmente Dipendente	Totalmente Dipendente
Capacità di fare il bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacità di vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso dei servizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Continenza sfinterica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacità di alimentarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cammina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allettato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Cammina:**       da solo       con aiuto       con protesi/ausili       usa carrozzina

**Allettato:**       Si       No

**Se allettato specificare da quanto tempo (mesi/anni):** .....

## Situazione ambientale e sociale

**Abitazione:**       idonea       con presenza di barriere architettoniche

**Vive solo:**       Si       No

**Supporto familiare:**       Presente       Parziale       Assente

**È già stato sottoposto a terapia riabilitativa?**       Sì       No

Con quali risultati?       Positivi       Parziali       Nulli

**Attuale capacità 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

.....  
Telefono: .....

.....  
Timbro e firma del medico

Luogo e data: .....