



T.P. D.H.
 Sesso: M F

PROPOSTA DI RICOVERO
 (Da compilarsi a cura del medico proponente)

Cognome Nome

luogo e data di nascita

Via tel. prov.

Cittadinanza italiana SI NO; se no documento in possesso:

Codice ENI STP Tessera TEAM

Ospedale di provenienza

già ricoverato presso questa Casa di Cura SI NO

Richiesta di ricovero in 1ª Classe 2ª Classe Corsia

Precedenti ricoveri per riabilitazione NO SI se SI dove e quando

DIAGNOSI

EVENTO INDICE

Stato generale: buono mediocre scaduto

Stato di coscienza: vigile confuso saporoso coma (grado

Disturbi del comportamento: NO SI (quale:

Disfagia: NO SI se SI: per liquidi per solidi mista (per solidi e liquidi)

Alimentazione: per os sondino n-g parenterale gastrostoma

Respirazione: spontanea O2 terapia assistita tracheostoma

Catetere vescicale: NO SI se si, data ultimo catetere/...../.....

Autonomia: stazione eretta NO SI - deambulazione NO SI

vestirsi NO SI - lavarsi NO SI

Lesioni da decubito: NO SI (nr. - sede - dimensione - grado)

Patologia cardiovascolari: NO SI

Patologie respiratorie: NO SI

Patologie urogenitali: NO SI

Patologie neoplastiche: NO SI

Malattie infettive: NO SI portatore sano

Altre patologie: NO SI

Terapia farmacologica in atto:

Esami Laboratorio e Strumentali eseguiti:

Tossicomania - Alcolismo: NO SI

Firma del Paziente o Suo Familiare

Firma e timbro del Medico

Parte riservata al TEAM e Direzione Sanitaria

Valutazione TEAM Accettazione:

Grado di urgenza: Direzione Sanitaria