CASA DI CURA SPECIALISTICA
Villa delle Magnolie
REcupero **RI**abilitazione **F**unzionale

Prot. .....

del ...../...../.....

Mod. **PDR**
Rev. 0 del 18-09-2014

T.P. ❑ **D.H.** ❑
Sesso: M ❑ **F** ❑

PROPOSTA DI RICOVERO

(Da compilasri 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: .....)

Disfalgia: ☐ NO ☐ SI se SI: ☐ per liquidi ☐ per solidi ☐ mista (per solidi e liquidi)

Alimentazione: ☐ per os ☐ sondino n-g ☐ parenterale ☐ gastrostoma

Respirazione: ☐ spontanea ☐ 02 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 .....

Trasmessa al Raggruppamento di ..... il ...../...../.....

Restituita dal Raggruppamento il .....

Contattato il giorno ...../...../..... Ricovero avvenuto il ...../...../.....

La Segreteria Sanitaria .....

Esito del contatto personale/telefonico con il paziente o suo familiare o struttura in cui è ricoverato

Ha accettato il ricovero ❑ SI ❑ NO

Se NO *perché*

.....

.....

La mancata compilazione integrale del presente modulo può determinare il rifiuto della proposta di ricovero o la richiesta di ulteriori precisazioni con annullamento dei tempi di attesa.

N.B.: Il Medico di accettazione può rifiutare il ricovero se le condizioni riportate nella scheda non corrispondono a quelle presenti all'atto del ricovero.

CASA DI CURA SPECIALISTICA
Villa delle Magnolie
REcupero **RI**abilitazione **F**unzionale

Mod. **PRC**
Rev. 01

PROCEDURA PER IL RICOVERO T. P. o D. H.

Villa delle Magnolie è una Casa di Cura Specialistica accreditata con il S.S.N. e abilitata al ricovero in regime di tempo pieno o day-hospital.

L'allegata scheda per la domanda di ricovero deve essere compilata dal medico curante e consegnata o inviata per fax alla Segreteria Sanitaria della Casa di Cura.

Per essere valutate le domande di ricovero dovranno essere compilate in tutte le parti ed in particolare devono riportare: l'evento indice della malattia, il luogo in cui si trova il paziente, il timbro, la firma ed il recapito telefonico del medico curante.

Trascorsi 4 giorni dalla presentazione della domanda di ricovero, la segreteria sanitaria informerà il paziente sull'esito della domanda che può essere:

- *Accettazione della domanda;*
- *Chiamata a visita;*
- *Richiesta di ulteriori chiarimenti clinici;*
- *Rifiuto del ricovero.* ***La motivazione dell'eventuale rifiuto sarà comunicata direttamente al paziente;***

Il paziente inserito in lista di attesa verrà contattato telefonicamente per il ricovero. ***È quindi essenziale specificare nella domanda di ricovero, i recapiti telefonici dove poter essere contattati.***

Il paziente, al momento del ricovero, dovrà essere munito di:

- *Documento d'identità.*
- *Tessera sanitaria*
- *Progetto riabilitativo rilasciato dalla ASL.*
- *Documentazione clinica relativa alla sua storia clinica (cartelle cliniche, radiografie, analisi, prescrizioni di terapie effettuate ed altri accertamenti diagnostici eseguiti).*
- *Permesso di soggiorno e tessera STP (straniero temporaneamente presente) per pazienti extra comunitari.*

Non possono in nessun caso essere effettuati ricoveri senza i documenti sopra indicati.

Per informazioni rivolgersi dalle ore 08,30 alle ore 19,00 alla

- *Segreteria Sanitaria tempo pieno: tel./fax 0823 391 301*
- *Segreteria Sanitaria D.H.: fax 0823 391 390 - tel. 0823 391 388 / 0823 391 391*

Proposta ricevuta il ...../...../.....

La Segreteria Sanitaria .....