

INFORMAZIONI PER IL RICOVERO

Da compilarsi con i familiari o con il medico di base (MMG)

DA COMPILARE ED INVIARE AL NUMERO DI FAX 081.246.19.55

ANAGRAFICA UTENTE	
COGNOME NOME _____	ETA' _____
TELEFONO: _____	MAIL (EVENTUALE): _____
PERSONA DA INFORMARE (EVENTUALE): _____	
DATI CLINICI	
DIAGNOSI DELLA MALATTIA CHE GIUSTIFICA IL RICOVERO _____ _____	
CONCOMITANTI CONDIZIONI MORBOSE (ES. EPATOPATIE, MALATTIE CONTAGIOSE, DIALIZZATO, LESIONI DA DECUBITO) _____ _____	
CONDIZIONI GENERALI FISICHE: BUONE <input type="checkbox"/> DISCRETE <input type="checkbox"/> SCADUTE <input type="checkbox"/>	
STATO DELLA COSCIENZA: VIGILE <input type="checkbox"/> CONFUSO <input type="checkbox"/> AGITATO <input type="checkbox"/> SOPOROSO <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/>	
PAZIENTE COLLABORATIVO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> AUTONOMO NELLE FUNZIONI ESSENZIALI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
SI ALIMENTA NORMALMANETE (PER OS) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
DIPENDENZA DA DROGHE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ALCOL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CONTINENZA DELLA VESCICA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
CONTINENZA ALVO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
TERAPIA ATTUALE _____ _____	
IDENTITA' DELLA PERSONA CHE HA FORNITO LE INFORMAZIONI <small>(NOME E COGNOME)</small>	
PARERE DEL MEDICO DI REPARTO ACCETTAZIONE DELLA DOMANDA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> RICHIESTA DI ULTERIORI CHIARIMENTI CLINICI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NOTE DI CHIARIMENTO A CURA DEL MEDICO DI REPARTO _____	

DATA: _____ FIRMA DEL MEDICO DI REPARTO: _____

COMPIARE LA SCHEDA A MANO ED INVIARE VIA FAX
 RESPONSABILE DEI RICOVERI **FABIO TURIELLO**
 email: ricoveri@villaangela.it
TELEFONO 081.246.19.42