SAN GIACOMO

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

U.U.F.F. Omnicomprensive di Medicina Fisica e Riabilitativa
Casa di Cura Privata S. Giacomo S.r.l.
Via San Bono, 3 - 29028 Ponte dell'Olio (PC)
tel. 0523 871 811 fax 0523 878 908
C.F., P. IVA e iscr. RI 00211100334
http://: www.san-giacomo.it
E-mail:info@san-giacomo.it

MODULO DI PROPOSTA DI RICOVERO

INVIARE VIA E-MAIL
(ricoveri@san-giacomo.it)
O TRAMITE FAX AL N°0523.878908
Farà fede la data di ricevimento

DEGENZA RIABILITATIVA IN REGIME DI SOLVENZA

Egregio Collega, per proporre il ricovero di un Tuo assistito presso questo Centro Riabilitativo ti chiediamo di compilare questo modulo in STAMPATELLO LEGGIBILE. Non potranno essere presi in considerazione i moduli non compilati in modo completo.
Ti chiediamo di inoltrare tale richiesta tramite FAX al n° **0523878908** oppure MAIL all'indirizzo **ricoveri@san-giacomo.it**

Cognome	**Nome**	**Sesso** ❑ **M** ❑ **F**
Luogo di nascita	**Data di nascita**	
Luogo di residenza	**Via**	
❑ **attualmente ricoverata/o presso**	**Riferimento telefonico del Reparto**	
❑ **attualmente al domicilio**	**Riferimento telefonico del familiare**	

❑ vive sola/o ❑ vive con i familiari ❑ vive con badante ❑ vive in struttura protetta

Patologia per cui viene richiesto il trattamento riabilitativo
Patologie associate
Allergie/Intolleranze

AUTONOMIE	completa	parziale	totale dipendenza	VIGILANZA	STATO COGNITIVO
Assunzione dei pasti				❑ Indenne	❑ Indenne
Igiene/abbigliamento				❑ Rallentamento IM	❑ Deterioramento
Cambi di postura				❑ Ridotta responsività	❑ Confusione/delirium
Cammino				❑ Stato soporoso	❑ Afasia
Continenza				❑ Coma	❑ Non valutabile
Uso di carrozzina					

BISOGNI SANITARI			
❑ ossigenoterapia	❑ CVC	❑ PEG	❑ lesioni da decubito
❑ cannula tracheostomica	❑ sonda nasogastrica	❑ catetere vescicale	❑ isolamento

Necessità di isolamento da contatto per colonizzazione da germi MDR* ❑ SI ❑ NO
*** *Si prega di barrare una delle due voci altrimenti il caso non verrà preso in considerazione***

Farmacoterapia in atto…….....

Motivo della richiesta…….....

Data…….. **Il Medico richiedente (timbro e firma)**……

RICHIESTA APPROPRIATA ☐**SI** ☐**NO**

Motivo della NON APPROPRIATEZZA.....

Data della valutazione di appropriatezza..... Il Direttore Sanitario.....

N.B. La Direzione si riserva la facoltà di interrompere anticipatamente il ricovero nel caso le informazioni sopra riportate non fossero veritiere