

RESIDENZA SANITARIA ASSISTITA

Beato Giacomo Villa

Città della Pieve

Telefono 0578/290913 Fax 075/837608 (PUA Trasimeno)

puu.trasimeno@aslumbria1.it

Proposta di ammissione alla struttura

Cognome _____ Nome _____ nato/a il _____
 Residente in via _____ n° _____ Comune di _____
 Provincia di _____ Telefono _____
 Centro di salute di appartenenza _____

Obiettivo del Ricovero

Valutazione Clinica

Quadro neuro/psichiatrico	Supporti invasivi	Nutrizione
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Deficit cognitivo <input type="radio"/> Emiparesi /plegia <input type="radio"/> Paraparesi / plegia <input type="radio"/> Tetraparesi /plegia <input type="radio"/> Disturbi comportamentali <input type="radio"/> Patologie psichiatriche <input type="radio"/> Altro _____ _____ _____ _____ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Catetere venoso centrale <input type="radio"/> Tracheostomia <input type="radio"/> Catetere vescicale <input type="radio"/> Fissatori esterni / busto ort. <input type="radio"/> Altro _____ _____ _____ _____ _____ 	<p style="text-align: right;">Disfagia : O si O no</p> <p>Alimentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Per os <input type="radio"/> Sondino naso-gastrico <input type="radio"/> Gastroduodenostomia <input type="radio"/> Parenterale <p style="text-align: center;">Attività Motoria</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Allettato <input type="radio"/> Carrozzina <input type="radio"/> Si muove con ausili <input type="radio"/> autonomo

Complicanze attuali o ricorrenti		Supporto familiare
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Febbre <input type="radio"/> Cardiache <input type="radio"/> Respiratorie <input type="radio"/> Crisi ipertensive <input type="radio"/> Stato anemico <input type="radio"/> Urinarie <input type="radio"/> Diarrea <input type="radio"/> Tromb. V. Prof. 	<p>Crisi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Neurovegetative <input type="radio"/> Metaboliche <input type="radio"/> Epilettiche <input type="radio"/> Piaghe da decubito <input type="radio"/> Osteoporosi <input type="radio"/> Altro _____ _____ _____ _____ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Collaborativo <input type="radio"/> Non collaborativo <p style="text-align: center;">Familiari di riferimento</p> <p>1. Nome _____ Tel. _____</p> <p>2. Nome _____ Tel. _____</p> <p>3. Nome _____ Tel. _____</p>

Terapia domiciliare			
Farmaco	Dosaggio	Posologia	Orario

Medico compilante la richiesta Dott/Dott.sa _____

telefono studio _____

telefono cellulare _____

Proposta durata del ricovero: _____

Data presentazione proposta ____/____/____

Firma del medico richiedente

VALUTAZIONE GRUPPO TECNICO DELL' RSA

Data ____/____/____

Firme

