

Dipartimento di Medicina e Riabilitazione - [Sezione di: Medicina Fisica e Riabilitazione](#)**PROPOSTA DI TRASFERIMENTO PER RIABILITAZIONE INTENSIVA (cod. 56)**

In funzione di una programmazione di Ricovero Riabilitativo presso la nostra struttura, preghiamo i gentili Colleghi di compilare il presente modulo.

DATA

NOME DEL PAZIENTE ETA' SESSO: M F

OSPEDALE E REPARTO DI PROVENIENZA

MOTIVO DELLA RICHIESTA RIABILITATIVA INTENSIVA

CONDIZIONI GENERALI BUONE DISCRETE SCADUTEGRADO DI AUTONOMIA ATTUALE AUT. TOTALE AUT. TOTALE PRECEDENTE AUT. PARZIALE AUT. PARZIALE
 DIPEND. TOTALE DIPEND. TOTALEDEFICIT COGNITIVO LIEVE
 MODERATO
 SEVERO CVC PEG SONDINO NASOGASTRICO TRACHEOSTOMIA CATETERE VESCIC.**PER IL PAZIENTE ORTOPEDICO:**

TIPO DI INTERVENTO DATA INTERVENTO

DATA DIMISSIONE

PRESENZA DI APPARECCHIO GESSATO / TUTORE / FEA

DATA DI RIMOZIONE

CARICO CONCESSO SI' NO Per giorni PARZIALE Kg.....

NOTE

PER IL PAZIENTE NEUROLOGICO:

DATA ICTUS ALTRA PATOLOGIA

EMISOMA COLPITO

RECUPERO MOTORIO

 AFASIA COMPrensione DEFICIT COMUNICATIVO DISTURBI SENSIBILITA' EMIANOPSIA EMINATTENZIONEALTRE INFORMAZIONI
.....
.....**Firma del Medico compilatore**

Si prega di inoltrare ogni comunicazione a:

Dott.ssa Mariacristina Spanevello, Responsabile dell' Area Riabilitativa: Tel. 0444/219119 – 219160; Fax. 0444/219233

Sarà nostra cura rispondere tempestivamente alla vostra richiesta, comunicando l'eventuale disponibilità di posti.

Ringraziando per la collaborazione

La Fisiatra*dott.ssa Mariacristina Spanevello*