

**MODULO UNICO PER LA RICHIESTA DI TRASFERIMENTO IN POST-ACUZIE**

**UO richiedente** \_\_\_\_\_ telefono: \_\_\_\_\_ fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

N. nosologico Cartella \_\_\_\_\_ Data compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nel caso la richiesta non provenga da Struttura Sanitaria specificare:**

Richiesto da \_\_\_\_\_ telefono: \_\_\_\_\_ fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**richiede la disponibilità di posto per**  **Ricovero ordinario**  **Day Hospital in:**

- Unità Spinale (Codice 28)
- Recupero e Riabilitazione Funzionale (Codice 56)
- Neuroriabilitazione (codice 75)
- Lungodegenza (codice 60)
- Riabilitazione territoriale residenziale  intensiva  estensiva
- Riabilitazione territoriale semiresidenziale estensiva

**SPECIFICARE SE:**

- Ricovero conseguente ad evento acuto (ricovero in acuzie negli ultimi 12 mesi)
- Ricovero non conseguente ad evento acuto (non ricovero in acuzie negli ultimi 12 mesi)

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_ sesso:  F  M

Domicilio \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Care-giver di riferimento e recapito \_\_\_\_\_

**DIAGNOSI INSERITE NELLA SDO DI RICOVERO PER ACUTI PER IL RICOVERO IN RIABILITAZIONE (COME DA ELENCO CODICI ICD-9-CM INSERITI NEGLI ALLEGATI AL DM 05.08.2021)**

- |                          |                |
|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | Cod. ICD-9-CM: |

**NEL CASO LA RICHIESTA NON PROVENGA DA STRUTTURA SANITARIA SPECIFICARE LA DIAGNOSI PER APPROPRIATEZZA DIAGNOSTICA:**

\_\_\_\_\_

**SCALE SEVERITA', COMORBIDITA' e DISABILITA':**

PER RICHIESTE DI RIABILITAZIONE IN **STRUTTURE CODICE 28**

ASIA Impairment Scale: A  B  C  D



**CONDIZIONI CLINICHE**

Condizioni generali	<input type="checkbox"/> BUONE	<input type="checkbox"/> DISCRETE	<input type="checkbox"/> SCADENTI
Paziente stabile dal punto di vista internistico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Paziente post comatoso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO SE SI, GCS (punteggio) ... e durata coma >24 ore	
Collaborazione	<input type="checkbox"/> TOTALE	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> ALTERNANTE <input type="checkbox"/> ASSENTE
Comprensione	<input type="checkbox"/> TOTALE	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> ALTERNANTE <input type="checkbox"/> ASSENTE
Motilità volontaria	<input type="checkbox"/> TOTALE	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> ASSENTE
Deambulazione	<input type="checkbox"/> AUTONOMO	<input type="checkbox"/> AUTONOMO CON AUSILIO	<input type="checkbox"/> NON AUTONOMO <input type="checkbox"/> IMPOSSIBILE
Controllo Tronco	<input type="checkbox"/> TOTALE	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> ASSENTE
Stazione eretta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI, CON AUSILI	<input type="checkbox"/> NO
Stazione seduta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Motilità articolazioni	<input type="checkbox"/> TOTALE	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> ASSENTE
Capacità di alimentarsi	<input type="checkbox"/> AUTONOMO	<input type="checkbox"/> DISFAGIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> NON AUTONOMO	<input type="checkbox"/> IMBOCCATO	<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PARENTERALE
Igiene personale	<input type="checkbox"/> AUTONOMO	<input type="checkbox"/> CON AIUTO	<input type="checkbox"/> DIPENDENTE
Controllo dell'alvo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> NO
Controllo minzione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> NO
Catetere vescicale a permanenza	<input type="checkbox"/> SI (data inserimento o dell'ultimo cambio.....)		<input type="checkbox"/> NO
Presenza cannula tracheale	<input type="checkbox"/> SI (specificare tipo e data di inserimento.....)		<input type="checkbox"/> NO
Ventilazione meccanica	<input type="checkbox"/> SI (specificare tipo e modalità.....)		<input type="checkbox"/> NO
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> SI (specificare modalità.....)		<input type="checkbox"/> NO
Portatore di CVC	<input type="checkbox"/> SI (specificare il tipo e la sede.....)		<input type="checkbox"/> NO
Portatore di CV Periferico	<input type="checkbox"/> SI (sede e data di inserimento.....)		<input type="checkbox"/> NO
Presenza di stomie	<input type="checkbox"/> SI (specificare tipo e sede.....)		<input type="checkbox"/> NO
Fissatore esterno	<input type="checkbox"/> SI (specificare tipo e sede.....)		<input type="checkbox"/> NO
Apparecchio gessato	<input type="checkbox"/> SI (specificare tipo e sede.....)		<input type="checkbox"/> NO
Infezioni in atto/microrganismi alert*	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

**INFORMAZIONI AGGIUNTIVE SOLO PER RICHIESTA TRASFERIMENTO UGCA**

- Il paziente è in postura di decorticazione o decerebrazione?  SI  NO
- Il paziente presenta agitazione psico-motoria?  SI  NO
- Il paziente esegue ordini semplici?  SI  NO

**INFORMAZIONI AGGIUNTIVE SOLO PER RICHIESTA TRASFERIMENTO US/CENTRO SPINALE**

Il paziente è  paraplegico  tetraplegico

Livello di lesione documentato all'RX

**RICHIESTA DI TRASFERIMENTO** (la risposta deve pervenire **entro 48 ore lavorative dalla richiesta**, come previsto normativa regionale vigente)

La richiesta è stata INVIATA IN DATA \_\_\_\_\_ ALL'ISTITUTO \_\_\_\_\_

ACCETTATA – DISPONIBILITA' IMMEDIATA

ACCETTATA – INSERITO IN LISTA D'ATTESA

NON APPROPRIATA *indicare criteri di esclusione ai sensi DCA 226/2018*

La richiesta è stata INVIATA IN DATA \_\_\_\_\_ ALL'ISTITUTO \_\_\_\_\_

ACCETTATA – DISPONIBILITA' IMMEDIATA

ACCETTATA – INSERITO IN LISTA D'ATTESA

NON APPROPRIATA *indicare criteri di esclusione ai sensi DCA 226/2018*

Data trasferimento \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico del reparto

Timbro e firma del medico specialista in riabilitazione

*\*La struttura per acuti ha l'obbligo di valutare ed indicare la presenza di colonizzazioni che richiedono misure di isolamento, per consentire alla struttura riabilitativa di predisporre posti letto idonei (isolamento in coorte)*

**INTEGRAZIONE MODULO UNICO PER RICHIESTA DI TRASFERIMENTO  
PER QUADRI NEUROLOGICI O AD ALTA INTESITA' DI CURE**

**Condizioni neurologiche**

Paraplegia  Tetraplegia

**Livello neurologico della lesione:** \_\_\_\_\_

**Altri interventi chirurgici correlati all'evento lesivo:** \_\_\_\_\_

Eventuale patologia o comorbidità di rilievo psichico/psichiatrico no  si

Tipo: \_\_\_\_\_

**Condizioni Respiratorie attuali:**

Respiro spontaneo no  si  dal \_\_\_\_\_

Ventilazione meccanica no  si  se si: weaning no  si

NIV no  si  modalità \_\_\_\_\_

Ossigeno terapia: no  si  Lt/min \_\_\_\_\_

Drenaggio toracico no  si  sede \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Cannula tracheostomica no  si  Tipo: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

**Altri Devices :**

Catetere venoso: centrale  periferico  sede \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Catetere arterioso  sede \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

**Lesioni cutanee da pressione** no  si

sede \_\_\_\_\_ grado \_\_\_\_\_

sede \_\_\_\_\_ grado \_\_\_\_\_

Trombosi Venose Profonde no  si  sede \_\_\_\_\_

Infezioni in atto: no  si  Germi MDR: \_\_\_\_\_

emocoltura : data \_\_\_\_\_ negativa  positiva  per \_\_\_\_\_

broncoaspirato: data \_\_\_\_\_ negativo  positivo  per \_\_\_\_\_

urinocoltura: data \_\_\_\_\_ negativa  positiva  per \_\_\_\_\_  
tampone rettale: data \_\_\_\_\_ negativo  positivo  per \_\_\_\_\_

**Terapia**  
Endovenosa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Orale \_\_\_\_\_  
**Note aggiuntive:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Data.....  
Nome del Medico .....

Riferimenti Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Dichiarazione di responsabilità del richiedente il ricovero  
(Delibera della regione Lazio n.434 del 27/03/2001)