

## 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)**

Cod. ICD-9-CM:

Cod. ICD-9-CM:

Cod. ICD-9-CM:

Cod. ICD-9-CM:

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

**PER RICHIESTE DI RIABILITAZIONE IN STRUTTURE CODICE 56**
**MDC 1/8** Barthel Index: punteggio complessivo |\_\_|\_\_|\_\_|

**MDC 4/5**

Barthel Index Dispnea: punteggio complessivo |\_\_|\_\_|\_\_|

Six minutes walking test: \_\_\_\_\_

**PER RICHIESTE DI RIABILITAZIONE IN STRUTTURE CODICE 75**

SCALA DRS (Disability Rating Scale): \_\_\_\_\_

LCF - Levels of Cognitive Functioning: \_\_\_\_\_

**PER RICHIESTE DI LUNGODEGENZA IN STRUTTURE CODICE 60**

Barthel: punteggio complessivo |\_\_|\_\_|\_\_|

Cumulative Illness Rating Scale: punteggio complessivo |\_\_|\_\_|\_\_|

Indice di Kantz: punteggio complessivo |\_\_|\_\_|\_\_|

 Note: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Data ricovero: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Specificare reparto:

Data d'inizio della menomazione sopraindicata: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Intervento Chirurgico: Si No

 Tipo intervento chirurgico: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Data intervento chirurgico: \_\_\_\_\_

Divieto carico: Si: No: Eventuale carico differito a: \_\_\_\_\_ gg \_\_\_\_\_

Ulcere trofiche / da pressione (specificare sede e stadio) .....

Ferite Post Chirurgiche Coalescente Deiscente Altro Altre patologie (specificare).....

<b>Terapia in atto:</b>	dosaggio	ev	os	<b>Terapia in atto:</b>	dosaggio	ev	Os
1				3			
2				4			

**CONDIZIONI CLINICHE**

Condizioni generali	BUONE	DISCRETE	SCADENTI
Paziente stabile dal punto di vista internistico	SI	NO	
Paziente post comatoso	SI	NO SE Si, GCS (punteggio) ... e durata coma >24 ore	
Collaborazione	TOTALE	PARZIALE	ALTERNANTE ASSENTE
Comprensione	TOTALE	PARZIALE	ALTERNANTE ASSENTE
Motilità volontaria	TOTALE	PARZIALE	_____ ASSENTE
Deambulazione	AUTONOMO	AUTONOMO CON AUSILIO	NON AUTONOMO IMPOSSIBILE
Controllo Tronco	TOTALE	PARZIALE	ASSENTE

Stazione eretta	SI	SI, CON AUSILI	NO
Stazione seduta	SI	NO	
Motilità articolazioni	TOTALE	PARZIALE	ASSENTE
Capacità di alimentarsi	AUTONOMO	DISFAGIA	SI NO
	NON AUTONOMO	IMBOCCATO	SNG PEG PARENTERALE
Igiene personale	AUTONOMO	CON AIUTO	DIPENDENTE
Controllo dell'alvo	SI	PARZIALE	NO
Controllo minzione	SI	PARZIALE	NO
Catetere vescicale a permanenza	SI (data inserimento o dell'ultimo cambio.....) NO		
Presenza cannula tracheale	SI (specificare tipo e data di inserimento.....) NO		
Ventilazione meccanica	SI (specificare tipo e modalità.....) NO		
Ossigenoterapia	SI (specificare modalità.....) NO		
Portatore di CVC	SI (specificare il tipo e la sede.....) NO		
Portatore di CV Periferico	SI (sede e data di inserimento.....) NO		
Presenza di stomie	SI (specificare tipo e sede.....) NO		
Fissatore esterno	SI (specificare tipo e sede.....) NO		
Apparecchio gessato	SI (specificare tipo e sede.....) NO		
Infezioni in atto/microrganismi alert*	SI	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: \_\_\_\_\_

emocultura :    data \_\_\_\_\_ negativa    positiva    per \_\_\_\_\_

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

urinocultura:    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)