



SCHEDA BIOGRAFICA PER PROPOSTA DI RICOVERO

Cognome..... Nome.....
Luogo di nascita..... Data di nascita
Domicilio: Città Via..... Tel. Fax.....
N. Codice Regionale..... N. Codice Fiscale.....
Luogo/reparto dove si trova attualmente.....
Via/p.zza..... Tel..... Fax.....
Nome indirizzo e telefono di in familiare a cui far riferimento.....
.....

PRECEDENTI RICOVERI			
Ospedali o Case di Cura	Data di accettazione	Data di dimissione	Diagnosi

Motivo della richiesta di ricovero.....
.....
Complicanze post operatorie.....
Condizioni post operatorie.....
Diagnosi dettagliata della patologia.....
Inizio e causa della patologia.....
Condizioni generali..... Stato di coscienza.....
Limitazioni articolari.....
Sensibilità Linguaggio.....

Anamnesi Fisiologica

Tabagismo	si ☐	no ☐	Alcolismo	si ☐	no ☐
Capacità di alimentarsi in maniera autonoma	si ☐	no ☐	Controllo della minzione	si ☐	no ☐
Catetere vescicale a permanenza	si ☐	no ☐	Controllo dell'alvo	si ☐	no ☐
Presenza di cannula tracheale	si ☐	no ☐			

Anamnesi Patologica Remota e Prossima

Metastasi ossee..... Distrofie cutanee
Lesioni da pressione si ☐ no ☐ dove.....
Malattie dell'apparato scheletrico e muscolare.....
Esiti di fratture
Deambulazione autonoma si ☐ no ☐ come.....
Malattie dell'apparato respiratorio.....
Malattie dell'apparato cardio-circolatorio.....



Classe funzionale NYHA I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐

Stabilizzazione clinica si ☐ no ☐

Frequenza cardiaca a riposo m' P.A. max min

Arteriopatie periferiche si ☐ no ☐

Flebopatie pregresse o in atto.....

Malattie dell'apparato digerente.....

Interventi chirurgici subiti.....

Presenze di ernie.....

Malattie dell'apparato uro genitale.....

Malattie metaboliche.....

Diabete mellito si ☐ no ☐ dislipidemie.....

Malattie del sistema nervoso.....

Sistema piramidale.....

Sistema extrapiramidale.....

Terapia in atto

.....

.....

.....

Psichiatria e socialità

Comportamento e personalità

Reazioni emotive: Depressione si ☐ no ☐ Eccitazione si ☐ no ☐ Euforia si ☐ no ☐

Aggressività si ☐ no ☐ Negativismo si ☐ no ☐ Manierismo si ☐ no ☐

Collaborazione si ☐ no ☐

Disturbi di carattere psichico di rilievo.....

L'ammissione del paziente è subordinata al parere del Medico di accettazione ai sensi dell'art. 14 del D.P.R. n. 128 del 27.03.1969. Per il necessario avvicendamento dei ricoveri, al termine della terapia, il paziente, su parere dei Sanitari, dovrà tornare al proprio domicilio o altro Presidio Ospedaliero o Istituto per lungodegenza o RSA.

La firma di questa richiesta impegna il paziente e i suoi familiari a rispettare le decisioni dei Sanitari concernenti le modalità e i tempi di dimissione.

.....
firma del familiare

.....
timbro e firma del medico

n. tel e fax del medico.....

**Dichiarazione di responsabilità
(Delibera della Regione Lazio n. 434 del 27-03-2001)**

Il sottoscritto:

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' DI NON AVER SUBITO NEL CORSO DELL'ANNO PRECEDENTI RICOVERI DERIVANTI DALL'EVENTO ACUTO OGGETTO DEL PRESENTE RICOVERO.

Roma.....

Firma.....