



**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 richiesta è stata INVIATA IN DATA \_\_\_\_\_ ALL'ISTITUTO.....  ACCETTATA  NON ACCETTATA

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

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)

*N.B. Se le condizioni cliniche del paziente non corrispondono esattamente a quanto da voi dichiarato, il paziente obbligatoriamente viene rinvio al Reparto di provenienza senza alcuna responsabilità da parte della Struttura*