





<b>CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE:</b>	
<b>COGNOME</b>	<b>NOME</b>
Data dell'evento acuto gg/mm/aaaa	
Percorso riabilitativo dall'evento acuto:	
Ricovero in medicina riabilitativa	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Prestazioni ex art. 26	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Disabilità da trattare _____ _____	
Elevato indice di comorbidità <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Stato di coscienza <input type="checkbox"/> ORIENTATO <input type="checkbox"/> DISORIENTATO <input type="checkbox"/> COMA	
Respirazione <input type="checkbox"/> AUTONOMA <input type="checkbox"/> VENTILAZIONE ASSISTITA MECCANICA <input type="checkbox"/> OSSIGENO	
Paziente collaborante <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Deambulazione autonoma <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Alimentazione <input type="checkbox"/> AUTONOMA <input type="checkbox"/> SONDINO NASO GASTRICO <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> APT <input type="checkbox"/> ALTRO	
Continenza urinaria <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> pannoloni <input type="checkbox"/> catetere vescicale, tipo <input type="checkbox"/> altro
Continenza fecale <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Portatore di stomia <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI modello e misura _____	
Evacuazione spontanea <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Accesso venoso centrale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI tipo e gestione _____	
Allergie e intolleranze: _____ _____	
Lesioni da decubito <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI sede e grado _____	

Data \_\_\_\_\_ Timbro e firma medico del Reparto \_\_\_\_\_

Tel. e/o fax \_\_\_\_\_ Firma del paziente o del familiare di riferimento \_\_\_\_\_