

LA PRESENTE E' ALTERNATIVA A **RELAZIONE CLINICA** A CURA DEL MEDICO
DI MEDICINA GENERALE O DEL MEDICO RESPONSABILE (SE RICOVERATO
PRESSO ALTRA STRUTTURA SANITARIA)

Gentile Dottoressa/Dottore, per permetterci di rispondere nella maniera più consona e puntuale alle richieste di presa in carico del paziente, si richiede sua relazione clinica oppure la compilazione di questo modulo. A tale proposito Le segnaliamo che **l'équipe è organizzata nell'ottica della presa in carico globale per pazienti affetti da patologie neurologiche e muscoloscheletriche che non siano già utenti di altro centro/servizio/struttura ad eccezione delle richieste di trasferimento per continuità assistenziale.** Confidando e ringraziando per la Sua collaborazione, siamo a disposizione per ogni suggerimento o chiarimento.

DATI DEL MEDICO PROPONENTE IL SERVIZIO

Cognome _____ Nome _____

Telefono Fisso _____

Cellulare _____

Email _____

PEC _____

 Medico di Medicina Generale Medico Specialista Ospedaliero Medico di Continuità Assistenziale Altro (specificare) _____

Dove si trova ora il paziente?

 Ospedale Struttura ospedaliera (specificare) _____ Altro (specificare) _____----- **DA COMPILARE SOLO SE RICOVERATO PER EVENTO ACUTO** -----

Data operazione / Evento disabilitante: ____ / ____ / _____

Data presunta di dimissioni: ____ / ____ / _____

Data della prognosi / Evento disabilitante: ____ / ____ / _____

Il paziente è clinicamente stabile?

 NO SI

Indicare DIAGNOSI ovvero patologia (Codice ICD9-CM) evento disabilitante che ha causato la disabilità per la quale si richiede riabilitazione: _____

SCHEDA DI PROPOSTA DI ACCESSO AI SERVIZI
TERRITORIALI

SEZIONE A CURA DEL RESPONSABILE SE RICOVERATO
PRESSO ALTRA STRUTTURA SANITARIA

DA ALLEGARE ALLA SCHEDA
DI PROPOSTA DI ACCESSO
AI SERVIZI TERRITORIALI A
CURA DEL RICHIEDENTE /
PERSONA AUTORIZZATA

Barrare una delle seguenti opzioni:

- Sclerosi multipla, distrofia muscolare, SLA, alcune patologie congenite su base genetica;
- Gravi danni cerebrali, traumi cranio encefalici, lesioni midollari;
- Ictus cerebrali e lesioni emisferiche;
- Polineuropatie acute croniche;
- Morbo di Parkinson e sindromi extrapiramidali in genere;
- Cerebropatie involutive su base degenerativa, vascolare ed altra;
- Patologie osteo-articolari di tipo infiammatorio;
- Sostituzione protesica di anca e ginocchio
- Esiti di gravi poli traumatismi
- Esiti da fratture di femore;
- Patologie del rachide con interessamento del sistema nervoso centrale o periferico;

Eventuale terapia farmacologica in corso: _____

Diagnosi correlate alla terapia farmacologica in corso: _____

Comorbidità oncologica? NO SI - Se si, specificare _____

Comorbidità cardiologica? NO SI - Se si, specificare _____

Altre Comorbidità? NO SI - Se si, specificare _____

Profilo dell'autonomia (indicare con una "X"):

PROFILO COGNITIVO

- Lucido
- Confuso
- Molto confuso
- Problemi comportamentali

PROFILO MOBILITA'

- Si sposta da solo
- Si sposta assistito

PROFILO FUNZIONALE

- Autonomo o quasi
- Dipendente
- Fortemente dipendente

PROFILO SANITARIO

- Basso
- Intermedio
- Alto

PROFILO SOCIALE

- Ben assistito
- Parzialmente assistito
- Non sufficientemente assistito

Cosenza, lì _____

Firma _____

----- **CONDIZIONI DA CONFERMARE MASSIMO 48 ORE PRIMA DELLA PRESA IN CARICO** -----

- Condizioni immutate
- Condizioni mutate: _____

Cosenza, lì _____

Firma _____