



ASP  
PALERMO  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
Sede legale: Via G. Cusmano, 24  
90141 - PALERMO  
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

Dipartimento Strutturale di Medicina Riabilitativa  
Distretto Ospedaliero Palermo 2  
Presidio Ospedaliero "Madonna dell'Alto"  
U.O. di Recupero e Riabilitazione Funzionale  
Contrada S. Elia- 90027 Petralia Sottana  
Tel. 091 7038140 - fax. 091 7038159

### SCHEDA PROPOSTA RICOVERO \ AMBULATORIO

Nuovo caso

Ricovero precedente / data.....

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Residenza: Città \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_/\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_ Nome coniuge \_\_\_\_\_

Se extracomunitario: numero STP \_\_\_\_\_ I.N.A.I.L.

Ospedale/reparto \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Eventuale persona di riferimento: Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Mono / Paraplegia  Tri / Tetraplegia  Livello di lesione midollare \_\_\_\_\_

Data d'insorgenza lesione midollare \_\_\_\_\_

Eziologia: Traumatica  Vascolare  Infettivo/inflammatoria  Neoplastica  Degenerativa

Intervento di stabilizzazione vertebrale SI  NO  Luogo e Data dell'intervento \_\_\_\_\_

Tipo \_\_\_\_\_

Ultima RMN Rachide/data \_\_\_\_\_

Ortesi: collare  busto  Protese si  / no  Ausili si  / no

Prognosi riservata SI  NO

Stato di coscienza: orientato  disorientato

**Patologie associate** \_\_\_\_\_

Lesioni traumatiche \_\_\_\_\_

apparecchi gessati  sede \_\_\_\_\_ mezzi di sintesi  sede \_\_\_\_\_  
Lesioni da Decubito sede \_\_\_\_\_

I°Stadio  II°Stadio  III°Stadio  Stadio IV°

Apparato cardio-circolatorio \_\_\_\_\_

Altre segnalazioni significative \_\_\_\_\_

**Interventi chirurgici** \_\_\_\_\_

**Condizioni cliniche:** \_\_\_\_\_

Respiro spontaneo  NO  SI data inizio Respiro Spontaneo \_\_\_\_\_

Ventilazione meccanica  NO  SI se si: continua  alternata



Cannula tracheale  NO  SI Invasiva  non invasiva  Data della tracheostomia \_\_\_\_\_  
Tipo: \_\_\_\_\_ Data ultima sostituzione \_\_\_\_\_

Ossigeno terapia:  NO  SI L \_\_\_\_\_ Min \_\_\_\_\_

Drenaggi toracici:  NO  SI

Ultimo RX torace: Negativo  Positivo  pe \_\_\_\_\_

Ultima TAC torace Negativa  Positiva  per: \_\_\_\_\_

Ultimo E.G.A. pH \_\_\_\_\_ PaO2 \_\_\_\_\_ PaCO2 \_\_\_\_\_ HCO3 \_\_\_\_\_ FIO2 \_\_\_\_\_ SPAo2 % \_\_\_\_\_

Catetere venoso centrale  NO  SI Data ultima sostituzione \_\_\_\_\_

Catetere vescicale a dimora  Data ultima sostituzione \_\_\_\_\_ ogni .....ore

Cateterismo intermittente  Data ultima sostituzione \_\_\_\_\_

Epicistostomia  Data ultima sostituzione \_\_\_\_\_

**Alimentazione**

per os  disfagia

P.E.G.  Data ultima sostituzione \_\_\_\_\_

S.N.G.  Data ultima sostituzione \_\_\_\_\_

Alvo neurogeno  NO  SI Data ultima evacuazione \_\_\_\_\_

Lesione da pressione  NO  SI sede \_\_\_\_\_ grado \_\_\_\_\_

sede \_\_\_\_\_ grado \_\_\_\_\_

**Infezioni in atto:** \_\_\_\_\_

Ipertermia  NO  SI

Culture : emocoltura negativa  positiva  per \_\_\_\_\_

broncoaspirato negativa  positiva  per \_\_\_\_\_

urine negativa  positiva  per \_\_\_\_\_

Dolore Neuropatico  NO  SI \_\_\_\_\_

Spasticità  NO  SI Ashworth \_\_\_\_\_

Aspetti Neurologici \_\_\_\_\_

Data ultima EMG/PEES/PEM/PEV \_\_\_\_\_

Disturbi del comportamento  NO  SI Quali \_\_\_\_\_

Terapia medica in atto:  Reazione avversa a farmaci \_\_\_\_\_

Farmaci in pompa: Amine  Baclofene  Altro

Eventuali comunicazioni aggiunte \_\_\_\_\_

**Conclusioni :** \_\_\_\_\_

Visita Ambulatoriale  Ricovero in regime di DH  Ricovero in regime ordinario

Infermiere di accettazione \_\_\_\_\_

Il Dirigente Medico \_\_\_\_\_