

**RICHIESTA DI DIMISSIONE PROTETTA**

**PER INSERIMENTO**

**NELLA RESIDENZA SANITARIA RIABILITATIVA**

**DI PORTO SAN GIORGIO**

TEL 07346252647

Al Direttore Distretto Ast4.

***Presidio Ospedaliero di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Unità Operativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

|  |  |
| --- | --- |
| Medico referente dell' U.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Coordinatore Infermieristico dell'U.O.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |

Paziente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio assistenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero di telefono del paziente e/o familiare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data prevista della dimissione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale del paziente.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diagnos ialla dimissione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patologia prevalente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patologie concomitanti: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Riferimenti anamnestici

***Terapia farmacologica in atto (compresa la terapia personale):***

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Ossigenoterapia (barrare la voce corrispondente)**

|  |  |
| --- | --- |
| NO  |  |
| SI | litri/min. ............................... h. ...................................... |

***Esami Strumentali:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **DATA** | **REFERTO** |
| **ECG** |  |  |
| **ALTRI ESAMI DIAGNOSTICI E STRUMENTALI** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LEUCOCITI | ERITROCITI | EMOGLOBINA | PIASTRINE | GLICEMIA | CREATININA | ELETTROFORESI PROTEICA |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ELETTROLITI  | PCR | VES | PT | PTT | INR | D-DIMERO |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***Scheda di HALM:(barrare la voce corrispondente)***

***La presenza di solamente 1 di questi criteri valida il principio dell’instabilità clinica.***

|  |  |
| --- | --- |
|  | Temperatura corporea **›** 37,8 gradi |
|  | Frequenza cardiaca **›** 100/minuto |
|  | Frequenza respiratoria **›** 24/minuto |
|  | Saturazione ossigeno : SO2 < 90% |
|  | Incapacità di alimentarsi autonomamente |
|  | Dolore *>5 (scala NRS)* |

***Bilancio clinico strumentale: (barrare la voce corrispondente)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***soddisfacente*** | ***in equilibrio farmacologico*** | ***scompensato*** |
| **Compenso cardiocircolatorio** |  |  |  |
| **Stato metabolico – nutrizionale** |  |  |  |
| **Disturbi comportamentali** |  |  |  |
| **Deficit neurologici** |  |  |  |
| **Parametri vitali** |  |  |  |

***PUNTEGGIO CIRS …………………***

Data

**firma e timbro del Medico richiedente**

**CUMULATIVE INDEX RATING SCALE (CIRS)**

**Sig.r**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CUORE | **1** | **2** | **3**  | **4** | **5** |
| IPERTENSIONE ARTERIOSA | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| APP. VASCOLARE (sangue, vasi, midollo osseo, milza, sistema linfatico) | **1** | **2**  | **3** | **4** | **5** |
| APP. RESPIRATORIO | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| ORL | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| APP. DIGERENTE primo tratto (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas) | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| APP. DIGERENTE secondo tratto (intestino , ernie) | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| FEGATO | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| RENE | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| APP. URO-GENITALE | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| APP. MUSCOLO-SCHELETRICO E CUTE | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| SISTEMA NERVOSO (cervello, midollo spinale, nervi periferici) | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| SISTEMA ENDOCRINO –METABOLICO (diabete, infezioni) | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE (demenza,depressione, ansia, agitazione, psicosi) | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Legenda** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | Nessuna menomazione |  |
| 2 | Menomazione lieve | Non interferisce con le normali attività,trattamento facoltativo, prognosi eccellente |
| 3 | Menomazione moderata | Interferisce con le normali attività,trattamento necessario, prognosi buona |
| 4 | Menomazione grave | Determina disabilità grave , trattamentonecessario e/o urgente, prognosi riservata |
| 5 | Menomazione molto grave |  |

**PUNTEGGIO COMPLESSIVO CIRS**

 **Il Medico esaminatore**

 ***Dott.***

***Data valutazione***

***Inviare il modello a rsr.ast.fm@sanita.marche.it***

 ***Residenza Sanitaria Riabilitativa***

 ***Scheda di relazione ortopedica***

***Paziente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Specialista ortopedico di riferimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***orari di reperibilità\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Data intervento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_carico concesso il\_\_\_\_\_\_ Totale Parziale al…….***

***Precedente orientamento S/T SI NO Collaborazione SI NO***

***Esame obiettivo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Dolore secondo Scala NRS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Autonomie deambulatorie attuali:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | DEAMBULAZIONE NON POSSIBILE |  | DEAMBULAZIONE POSSIBILE CON ASSISTENZA |
|  | DEAMBULAZIONE POSSIBILE IN AUTONOMIA |  | DEAMBULAZIONE POSSIBILE CON MASSIMA ASSISTENZA |

***Ausili in uso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Indicazioni ortopediche e trattamento:***

***Eventuali controindicazioni o precauzioni:***

***La struttura che inoltra la proposta di ricovero presso la Residenza Sanitaria Riabilitativa di Porto San Giorgio, nella persona del Medico Specialista operatore Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ si impegna a rivalutare il paziente in caso di complicanze riscontrabili durante il periodo di degenza. La sede di valutazione sarà indicata dal Medico Specialista della struttura inviante e le spese di trasporto protetto sono a carico del paziente al quale verrà concesso un permesso d’uscita per motivi di personali.***

***Luogo, Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Firma del Medico Specialista \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sede di valutazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Firma del paziente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***