

**PROPOSTA DI RICOVERO
IN REGIME ORDINARIO
IN RIABILITAZIONE INTENSIVA
SPECIALIZZATA**

PARTE RISERVATA ALLA CASA DI CURA ALMA MATER S.p.A.

Medico Presentatore

COGNOME	NOME
NATO/A _____ IL ____/____/____	CODICE FISCALE _____
DOMICILIATO/A _____	VIA _____
STATO CIVILE: <input type="checkbox"/> LIBERO <input type="checkbox"/> CONIUGATO	RICHIEDE PRIMA CLASSE ALBERGHIERA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CAREGIVER _____ <small>(NOMINATIVO E RUOLO PERSONA DA CONTATTARE)</small>	TELEFONI _____ - _____

I dati saranno trattati in conformità alla normativa vigente

IN CASO DI CONVOCAZIONE PER IL RICOVERO, E' RACCOMANDATO IL "TRASPORTO PROTETTO" VERSO LA NOSTRA STRUTTURA (per esempio: paziente non deambulante o deambulante con difficoltà, paziente sottoposto di recente a intervento chirurgico, paziente in condizioni cliniche generali "non buone" o "non autonomo", etc.).

Il ricoverando dovrà presentarsi rispettando l'appuntamento stabilito (e comunque non oltre le ore 14:00 dei giorni feriali dal lunedì al venerdì; non oltre le ore 12:00 del sabato); eventuali ritardi dovranno essere comunicati telefonicamente in congruo e compatibile anticipo.

**CENNI SULL'ANAMNESI E SULLE ATTUALI CONDIZIONI CLINICHE
(ALLEGARE ALLA PRESENTE PROPOSTA EVENTUALE SDO IN POSSESSO)**

**L
e
g
g
e
r
e
c
o
n
n
a
t
t
e
n
z
i
o
n
e**

Laddove le notizie riportate risultassero - in sede di visita per il ricovero - incomplete o discordanti con le condizioni cliniche rilevate (e tali da non consentire trattamento riabilitativo), il Medico di Accettazione potrà NON ACCETTARE il ricovero (benché il paziente possa essere già stato convocato presso la Casa di Cura "Alma Mater" - Napoli). L'interessato è tenuto a presentarsi all'appuntamento prefissato per la visita puntualmente, provvisto di valido documento di riconoscimento nonché di impegnativa del Medico di Medicina Generale.

DIAGNOSI PROPOSTA:	_____		
DATA INIZIO PATOLOGIA:	____/____/____	COLLABORANTE:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CONDIZIONI GENERALI:	<input type="checkbox"/> BUONE	<input type="checkbox"/> DISCRETE	<input type="checkbox"/> SCADENTI
CONDIZIONI MENTALI:	<input type="checkbox"/> INTEGRATE	<input type="checkbox"/> DETERIORATE	
STATO DELLA COSCIENZA:	<input type="checkbox"/> VIGILE	<input type="checkbox"/> OBNUBILATO	<input type="checkbox"/> CONFUSO
ALIMENTAZIONE:	<input type="checkbox"/> PER OS	<input type="checkbox"/> ENTERALE	<input type="checkbox"/> PARENTERALE
LESIONI DA PRESSIONE/DECUBITO:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (sede/estensione: _____)	
EVENTUALI PATOLOGIE INFETTIVE IN ATTO:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (specificare: _____)	
ALTRE PATOLOGIE:	_____		
	Eventuale divieto di carico: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI per settimane _____		
TERAPIA IN ATTO:	_____		

L'INTERESSATO ATTUALMENTE SI TROVA PRESSO:	<input type="checkbox"/> PROPRIO DOMICILIO	<input type="checkbox"/> OSPEDALE	<input type="checkbox"/> ALTRO _____
	Già ricoverato in precedenza presso Alma Mater: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO		
NOTE:	_____		

DATA ____/____/____

FIRMA/TIMBRO DEL MEDICO CHE COMPILA

PARTE RISERVATA ALLA CASA DI CURA ALMA MATER S.p.A.

PARERE: FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE (FIRMA/TIMBRO) _____

Per ulteriori informazioni: www.camaldolihospital.it - Ufficio Accettazione: tel.: 081-5879141 - fax: 081-5874001 e-mail: accettazione@camaldolihospital.it