



**Proposta di Ricovero in reparto di
Lungodegenza post-acuzie**

Lungodegenza - Proposta di
ricovero.doc

Si richiede ricovero ordinario nel reparto di Lungodegenza post-acuzie della Casa di cura "Alma Mater" per il/la paziente:

_____	_____
(COGNOME)	(NOME)
NATO/A _____ IL ____/____/____	DOMICILIATO/A _____
VIA _____	TELEFONI _____ - _____
STATO CIVILE: <input type="checkbox"/> LIBERO <input type="checkbox"/> CONIUGATO	CAREGIVER/PERSONA DA CONTATTARE _____

CENNI SULL'ANAMNESI E SULLE ATTUALI CONDIZIONI CLINICHE

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"/> INTEGRE	<input type="checkbox"/> DETERIORATE		
STATO DELLA COSCIENZA:	<input type="checkbox"/> VIGILE	<input type="checkbox"/> OBNUBILATO	<input type="checkbox"/> CONFUSO	<input type="checkbox"/> SOPOROSO <input type="checkbox"/> COMATOSO
AUTONOMO NELLE FUNZIONI ESSENZIALI:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
CONTINENZA:	VESCICA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	ALVO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ALIMENTAZIONE:	<input type="checkbox"/> PER OS	<input type="checkbox"/> ENTERALE	<input type="checkbox"/> PARENTERALE	
DIPENDENZE:	ALCOOL	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	DROGHE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
LESIONI DA PRESSIONE/DECUBITO:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (sede/estensione): _____		
ALTRE PATOLOGIE:	_____ _____			
TERAPIA IN ATTO:	_____ _____			
L'INTERESSATO ATTUALMENTE SI TROVA PRESSO:	<input type="checkbox"/> OSPEDALE _____	<input type="checkbox"/> STRUTTURA DI RIABILITAZIONE _____		
NOTE:	_____ _____			
DATA _____	FIRMA/TIMBRO DEL MEDICO PROPONENTE			

Leggere con attenzione

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 il programma di recupero e/o di riabilitazione), il Medico di Accettazione potrà **NON ACCETTARE** il ricovero (benché il paziente possa essere **già stato convocato** presso la Casa di Cura "Alma Mater – Villa Camaldoli" – Napoli). L'interessato è tenuto a presentarsi all'appuntamento prefissato per la visita puntualmente, provvisto di valido **documento** di riconoscimento e della presente proposta di ricovero inviata (o altra relazione clinica inviata) in originale.

PARTE RISERVATA ALLA CASA DI CURA ALMA MATER S.p.A. – VILLA CAMALDOLI	
PARERE DEL MEDICO DI REPARTO	<input type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE
NOTE	_____ _____
FIRMA/TIMBRO Mdr	_____

La presente "Proposta di ricovero in Lungodegenza post-acuzie" può essere inviata via mail accettazione@camaldolihospital.it, via fax 081-5874001 oppure presentata direttamente all'Ufficio Accettazione dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 15.00 ed il sabato dalle 8.30 alle 12.00.