



Casa di Cura Clinica Lami

SCHEDA PERCORSO RIABILITATIVO UNICO

COGNOME NOME: _____ DATA NASCITA: _____

INDIRIZZO: _____, (____) TEL: _____

C.F. _____ STATO CIVILE: _____

Assistenza sanitaria: ☐ Iscritto SSN USL di residenza: _____ ☐ STP ☐ Privo di ASS. SAN.

Attuale collocazione del paziente:

OSP: _____ UO: _____ Dal (data): _____

Caregiver principale:

Cognome e Nome

Legame con l'utente

Recapito telefonico

In trattamento riabilitativo: ☐ No ☐ Sì

Data evento acuto: data: ____/____/____

RANKIN PRE MORBOSA (0-5): _____

Glasgow Coma Scale più recente (se pz con GCA): _____

ASIA Impairment Scale più recente (se mieloleso): _____

Livello della mielolesione: _____

AUTONOMIA ANAMNOSTICA PZ ORTOPEDICO/GERIATRICO:

ADL _____ IADL _____ CDR _____

PROBLEMATICHE ANAMNOSTICHE INTERFERENTI CON IL RECUPERO FUNZIONALE:

- ☐ Internistiche ☐ Neurologiche ☐ Psichiatriche ☐ Oncologiche
☐ Muscolo-scheletriche ☐ TCE ☐ Abuso di sostanze ☐ Demenza

FATTORI AMBIENTALI

Legenda: 0: nessuna barriera/facilitatore; 1: barriera/facilitatore lieve

2: barriera/facilitatore medio 3: barriera/facilitatore grave

4: barriera/facilitatore completo.

Invalità civile: ☐ No ☐ Sì

	Barriera	Facilitatore
<u>Supporto familiare</u>		
<u>Personale che forniscono assistenza</u>		
<u>Condizioni architettoniche del domicilio</u>		
<u>Operatori sanitari</u>		
<u>Ausili</u>		

DIAGNOSI PRINCIPALE: _____

DIAGNOSI SECONDARIE: _____

BISOGNI CLINICO ASSISTENZIALI

Legenda: 0: nessun problema; 1: problema lieve; 2: problema medio; 3: problema grave; 4: problema completo;

Disturbi della coscienza o vigilanza _____ Demenza _____ Decubiti _____

Respirazione:

- ☐ Nessun problema
☐ Spontanea
☐ Cannula
☐ Ossigeno
☐ Ventilazione meccanica

Nutrizione:

- ☐ Nessun problema
☐ Alimentazione per OS con consistenza modificata degli alimenti
☐ SNG
☐ PEG
☐ Nutrizione parenterale totale

Catetere vescicale:

- ☐ No
☐ Sì

Dialisi:

- ☐ No
☐ Sì

Gessi/Valve/F.E.A.:

- ☐ No
☐ Sì

Carico:

- ☐ No ☐ Parziale
☐ Sforato ☐ Totale

Trombosi Venosa Profonda [TVP]:

- ☐ No
☐ Sì

Infezioni germi multiresistenti:

- ☐ No
☐ Sì (specificare) _____

Necessità ausili:

- ☐ No
☐ Sì (specificare) _____



Casa di Cura Clinica Lami

PROFILO FUNZIONALE

Legenda - Livello di gravità: 0: Nessuno; 1: Lieve; 2: Medio; 3: Grave; 4: Completo; 9: Non applicabile.

Legenda - Livello di gravità prevedibile a fine percorso: (esprime la prognosi riabilitativa che deriva dalla valutazione dei singoli problemi): 0: Nessun problema; 1: Problema lieve; 2: Problema medio; 3: Problema grave; 4: Problema completo.

	Livello di gravità attuale	Livello di gravità prevedibile a fine percorso
<u>Problemi motori</u>		
<u>Problemi sensoriali</u>		
<u>Dolore</u>		
<u>Problemi cardio respiratori</u>		
<u>Problemi cognitivi</u>		
<u>Problemi di comunicazione</u>		
<u>Problemi di alimentazione</u>		
<u>Problemi di continenza urinaria</u>		
<u>Problemi di continenza fecale</u>		
<u>Cura della propria persona</u>		
<u>Problemi nel controllo del tronco</u>		
<u>Problemi di trasferimenti da sdraiato</u>		
<u>Problemi di trasferimenti da seduto</u>		
<u>Problemi nel cammino</u>		
<u>Dispnea</u>		
<u>Tolleranza allo sforzo</u>		

Rischio Dimissione Difficile: ☐ No ☐ Sì

Data prevista dimissione: _____

Percorso riabilitativo alla dimissione: ☐ No ☐ Sì

VALUTAZIONE FUNZIONALE PAZIENTE ORTOPEDICO/GERIATRICO (SINTESI):

POSIZIONE SEDUTA:

AUTONOMA ☐

CON AIUTO ☐

POSIZIONE ERETTA:

AUTONOMA ☐

CON AIUTO/AUSILI ☐

IMPOSSIBILE ☐

CAMMINO:

CON AIUTO/AUSILI ☐

NON IN GRADO DI CAMMINARE ☐

PERCORSO RIABILITATIVO

Disponibilità al ricovero riabilitativo alternativo nell'ambito USL di residenza: ☐ No ☐ Sì

	Scelta principale (setting) * (denominazione struttura/servizio)	Scelta alternativa (indicare max 2 strutture/servizi di setting diverso)
GCA (COD 75)		
USU (COD 28)		
RIAB. INTENSIVA (COD 56)		
DH RIAB. (COD 56)		
RIAB. EST. EXTRAOSPEDALIERA		
RD 1.2 (STATO VEGETATIVO)		
RIABILITAZIONE AMBULATORIALE		
RIABILITAZIONE DOMICILIARE		

NOTE:

Data di compilazione: _____

Firma Medico: _____

* L'attribuzione definitiva del setting è a carico della COT, in base alle preferenze del pz ed alle singole disponibilità di posto letto. A mero titolo di esempio, si elencano le strutture pubbliche cod. 56 presenti in Regione Umbria: C.O.R.I. Passignano, Riab Ortop.-MVT, SCRIN Trevi, Ist Tiberino Umbertide, Domus Gratiae Terni, Riab intensiva e territoriale Osp Orvieto, Riab Intensiva Cascia e Valnerina, Riab cardiologia osp. Amelia.