



AZIENDA
SANITARIA
LOCALE
DELLA PROVINCIA
DI MANTOVA

SCHEMA CLINICA INFORMATIVA per il trasferimento del paziente

- ☐ in Riab. SPECIALISTICA
☐ in Riab. MANTENIMENTO
☐ in Riab. GENERALE / GERIATRICA
- ☐ in RSA ed altre Strutture Socio-Sanitarie
☐ a Domicilio

Cognome e Nome paziente			
nato/a		il	
Comune di residenza			
Indirizzo			
CODICE FISCALE.....			

Sintesi diagnostica	→	
Evento indice e data insorgenza	→	
Altre Patologie in atto ed eventuali allergie	→	
Terapia in atto	→	

Disfagia Si ☐ No ☐

Afasia/disartria Si ☐ No ☐

Nutrizione ☐ per os ☐ Sondino n-g ☐ PEG ☐ Parenterale

Respirazione ☐ normale ☐ Ossigeno ☐ Ventilazione meccanica ☐ con tracheostomia

Aspirazione secrezioni bronchiali Si ☐ No ☐

Presenza deficit sensoriali ☐ Visivi ☐ Uditivi

Portatore di:

☐ Pace Maker ☐ Catetere perdurale ☐ Catetere venoso centrale ☐ Pompa elastomerica
☐ Tracheostomia ☐ Urostomia ☐ Colostomia ☐ Catetere vescicale
☐ Protesi ☐ Ortesi Quali:.....

Presenza Piaghe da decubito Si ☐ No ☐

Altre lesioni: Si ☐ No ☐

Eventuali sedi

Segue →

STATO DI COSCIENZA	☐ Vigile	☐ Risposta a stimolo verbale	☐ Risposta a stimolo doloroso	☐ Non risponde
Eventuale punteggio Glasgow Coma Scale				
Deterioramento cognitivo	☐ assente	☐ lieve/moderato		☐ grave
Comprensione ordini semplici	Si ☐ No ☐			
Disturbi del comportamento	☐ assenti	☐ lievi/moderati		☐ gravi
Specificare				

ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

	Indipendente	Parzialmente Dipendente	Totalmente Dipendente	
Capacita' di fare il bagno	☐	☐	☐	
Capacita' di vestirsi	☐	☐	☐	
Uso dei servizi	☐	☐	☐	
Continenza Sfinterica	☐	☐	☐	
Capacita' di alimentarsi	☐	☐	☐	
Cammina	☐ da solo	☐ con aiuto	☐ protesi- ausili	☐ usa carrozzella
Allettato	No ☐ Si ☐	Se si, specificare da quanto tempo	mesi.....	anni.....

SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE

Abitazione	☐ Idonea	☐ Presenza barriere architettoniche	
Vive solo	☐ Si	☐ No	
Supporto familiare /caregiver	☐ Presente	☐ Parziale	☐ Assente

E' già stato sottoposto a terapia riabilitativa?	☐ Si	☐ No
Con quali risultati?	☐ Positivo	☐ Parziale
	☐ Nullo	

Attuale capacita' di collaborazione ad interventi riabilitativi:	☐ Presente	☐ Parziale	☐ Assente
Orientamento sulle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni:	☐ Presente	☐ Parziale	☐ Assente

Struttura inviante

In fede

.....
☎

.....
(timbro e firma del Medico)

Luogo e data,.....