***MODULO INFORMATIVO SULLE***

***CONDIZIONI CLINICHE DEL PAZIENTE***

***PROPOSTA DI RICOVERO COD. 75***

# N.B. si accetta il paziente se le condizioni cliniche all’ingresso corrispondono alle notizie riportate

Cognome …………………………………Nome …………………………………… data di nascita …………...

Provenienza Ospedale e divisione .………………………………………… Tel …………………….

Diagnosi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Malattie associate: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Si

Postura: Supina Prona Seduta Eretta Deambulazione

 No

Stato di coscienza: Vigile Torpore Sopore Coma (grado)

 **Comprensione:** Buona Compromessa

Afasia: no si

 **Espressione:** Buona Compromessa

TIPO DI MENOMAZIONE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alimentazione: Per os Sondino n-g Parenterale Gastrostoma

Respirazione: Spontanea Assistita O2-Terapia

Emogasanalisi: pH ……………. pCO2 ……………. pO2 ………….. Sat O2 …………..

 Data ultimo cambio cannula tracheostomica

Trachestoma: NO SI

 Infezione allo stoma tracheale: si no

Piaghe da decubito: NO SI (numero – sede – dimensione e grado)…………………………

…………………………………………………………………………………………………………

TAC/RMN (data e referto) ……………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

E’ indispensabile inviare fotocopia degli esami ematochimici di routine più recenti praticati al paziente

ECG (data e referto) …………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………

Rx Torace (data e referto) ……………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………

Press. Arteriosa ………../………. Freq. Cardiaca ……….bpm Tem. Corporea ……….

Terapia medica in atto: ………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………

E-MAIL: info@cemsmdp.it Fax 081/5310500 – **Tel: 081/5310514/200**

## Data ……………… Firma e Timbro ………………………………