

Egregio Collega,

i posti letto di Riabilitazione che la nostra Regione mette a disposizione dei pazienti con patologie disabilitanti croniche (come la malattia di Parkinson, gli esiti di ictus, la BPCO, gli scompensi cronici, i disturbi del cammino e le patologie osteoarticolari) sono per molti dei nostri pazienti una possibilità di recuperare o mantenere una funzionalità che gli permetta di avere una condizione di benessere e di rimanere il maggior tempo possibile al domicilio.

Diverse sono le attuali tipologie di letti a disposizione ("**cure intermedie**" nelle strutture socio-sanitarie e **riabilitazione specialistica/intensiva e geriatrica/estensiva** nelle strutture sanitarie) al fine di avere cure più appropriate e quindi più efficaci sia per il paziente che per la comunità.

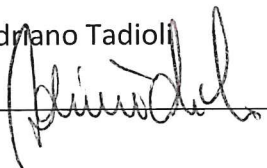
A questo fine ti chiediamo, laddove possibile, di prescrivere una valutazione del paziente da parte di specialisti della riabilitazione (Geriatrici, Fisiatrici, Neurologi, etc..) per meglio definire l'appropriatezza della richiesta riabilitativa; in caso questa non fosse possibile, di compilare il modulo allegato inviandolo via mail all'indirizzo di posta: acc.degenze.cr@ancelle.it o via fax al n. 0372/5357775, o facendolo restituire dal paziente o familiare di riferimento direttamente all'Ufficio Ricoveri della nostra Struttura aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 08.00 alle ore 15.30.

La richiesta verrà vagliata, rispetto ai criteri di appropriatezza definiti dalla Regione Lombardia nella Delibera n° X/5118 (29/04/2016), e se rispondente agli stessi il paziente verrà inserito in lista d'attesa.

Ringraziando per la collaborazione, restiamo a disposizione per qualsiasi necessità.

Il Direttore Sanitario

Dr. Adriano Tadioli



Il Responsabile del Dipartimento Riabilitativo

Dr.ssa Simona Gentile



RICHIESTA DI INSERIMENTO IN RIABILITAZIONE

Data richiesta: ___/___/___	Sig./ra _____
Data di nascita: ___/___/___	Residente a _____
Via _____	Tel. _____

Condizione sociale Vive solo Con i familiari Seguito dai servizi sociali Altro.....

Ritorno a domicilio Certo Probabile Non praticabile

Familiare di riferimento: _____ Nome – Cognome _____ Tel. _____

Anamnesi funzionale premorbosa (nell'ultimo mese prima della richiesta)

Autonomia motoria <input type="checkbox"/> Usciva di casa da solo <input type="checkbox"/> Indipendente solo in ambito domestico <input type="checkbox"/> Utilizzava ausili <input type="checkbox"/> Mobilizzato solo in carrozzina <input type="checkbox"/> Allettato	Gestione e cura di sé <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Necessitava di supervisione <input type="checkbox"/> Necessitava di aiuto <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente	Disturbi comportamentali <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ansia <input type="checkbox"/> Depressione <input type="checkbox"/> Aggressività <input type="checkbox"/> Turbe cognitive
--	--	---

Ricoveri nell'ultimo anno più di 3 meno di 3

Situazione clinica attuale

Patologia principale	Patologie concomitanti

Attuale autonomia

Autonomia motoria <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Carrozzina <input type="checkbox"/> Allettato	Continenza sfinterica <input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Incontinente per <input type="checkbox"/> feci <input type="checkbox"/> urine <input type="checkbox"/> Catetere vescicale	Igiene personale <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Aiuto parziale <input type="checkbox"/> Dipendenza totale	Comunicazione e collaborazione <input type="checkbox"/> Corrette <input type="checkbox"/> Adeguate se stimolate <input type="checkbox"/> Disturbi della comunicazione <input type="checkbox"/> Ipovisus grave - Cecità <input type="checkbox"/> Molto compromesse
--	---	---	---

Aspetti particolari

<input type="checkbox"/> Nutrizione artificiale <input type="checkbox"/> Nutrizione enterale <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale <input type="checkbox"/> centrale <input type="checkbox"/> periferica	Ulcere da pressione <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì Stadio <input type="checkbox"/> I° <input type="checkbox"/> II° <input type="checkbox"/> III° <input type="checkbox"/> IV° Localizzazione <input type="checkbox"/> sacro <input type="checkbox"/> talloni <input type="checkbox"/> altre Ulcere trofiche <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì Medicazioni avanzate <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> Tracheostomia <input type="checkbox"/> Ossigenol/min <input type="checkbox"/> Dialisi <input type="checkbox"/> Pompa ad infusione <input type="checkbox"/> Altro
--	--	---

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO DI MMG Tel. _____ email _____