

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 permetta loro 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.

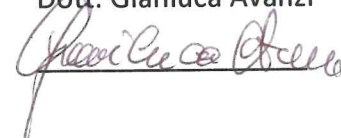
A questo fine ti chiediamo, laddove possibile, di prescrivere una valutazione del paziente da parte di specialisti della riabilitazione (Geriatrici, Fisiatri, Neurologi, etc...) per meglio definire l’appropriatezza della richiesta riabilitativa; in caso questa non fosse possibile, di compilare il modulo allegato inviandolo via mail all’indirizzo di posta: [acc.degenze.cr@ancelle.it](mailto: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

Dott. Gianluca Avanzi



## 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)									
<b>Autonomia motoria</b> <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	<b>Gestione e cura di sé</b> <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Necessitava di supervisione <input type="checkbox"/> Necessitava di aiuto <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente	<b>Disturbi comportamentali</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ansia <input type="checkbox"/> Depressione <input type="checkbox"/> Aggressività <input type="checkbox"/> Turbe cognitive							
<b>Ricoveri nell'ultimo anno</b> <input type="checkbox"/> più di 3 <input type="checkbox"/> meno di 3									
Situazione clinica attuale									
<b>Patologia principale</b> <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>					<b>Patologie concomitanti</b> <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>				
Attuale autonomia									
<b>Autonomia motoria</b> <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Carrozzina <input type="checkbox"/> Allettato	<b>Continenza sfinterica</b> <input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Incontinente per <input type="checkbox"/> feci <input type="checkbox"/> urine <input type="checkbox"/> Catetere vescicale	<b>Igiene personale</b> <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Aiuto parziale <input type="checkbox"/> Dipendenza totale	<b>Comunicazione e collaborazione</b> <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	<b>Ulcere da pressione</b> <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 <b>Ulcere trofiche</b> <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <b>Medicazioni avanzate</b> <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> Tracheostomia <input type="checkbox"/> Ossigeno .....l/min <input type="checkbox"/> Dialisi <input type="checkbox"/> Pompa ad infusione <input type="checkbox"/> Altro .....							

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO DI MMG**   Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_