



AZIENDA
SANITARIA
LOCALE
DELLA PROVINCIA
DI MANTOVA

SCHEMA CLINICA INFORMATIVA per il trasferimento del paziente

Proveniente da:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| ☐ Riab. SPECIALISTICA | ☐ Domicilio |
| ☐ Riab. MANTENIMENTO | ☐ Ospedale |
| ☐ Riab. GENERALE / GERIATRICA | ☐ Post acuti |
| ☐ RSA e altre Strutture Socio-Sanitarie | |

Cognome e Nome paziente			
nato/a		il	
Comune di residenza			
Indirizzo			
CODICE FISCALE.....			
COVID-19 positivo?			
Ex COVID-19 con screening favorevoli al reinserimento in comunità?			
Presenta sintomi sospetti COVID-19?			
Esposto a casi di COVID-19 nei precedenti 14 giorni?			
Ha la possibilità di effettuare l'isolamento presso il domicilio?			
% d'invalidità?			

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

Fondazione ETS Casa Leandra

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 ☐ **Eventuali sedi**
Altre lesioni: Si ☐ No ☐

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				

ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA

	Indipendente	Parzialmente Dipendente	Totalmente Dipendente	
Capacità di fare il bagno	☐	☐	☐	
Capacità di vestirsi	☐	☐	☐	
Uso dei servizi	☐	☐	☐	
Continenza Sfinterica	☐	☐	☐	
Capacità di alimentarsi	☐	☐	☐	
Cammina	☐ da solo	☐ con aiuto	☐ protesi- ausili	☐ usa carrozzella
Allettato	No ☐ Si ☐	Se sì, 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 capacità 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,.....