



AZIENDA  
SANITARIA  
LOCALE  
DELLA PROVINCIA  
DI MANTOVA

**SCHEMA CLINICA INFORMATIVA  
per il trasferimento del paziente**

**Proveniente da:**

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Riab. SPECIALISTICA                   | <input type="checkbox"/> Domicilio  |
| <input type="checkbox"/> Riab. MANTENIMENTO                    | <input type="checkbox"/> Ospedale   |
| <input type="checkbox"/> Riab. GENERALE / GERIATRICA           | <input type="checkbox"/> Post acuti |
| <input type="checkbox"/> RSA e altre Strutture Socio-Sanitarie |                                     |

<b>Cognome e Nome paziente</b>	.....		
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? .....	.....		

<b>Sintesi diagnostica</b>	→	..... ..... .....
<b>Evento indice e data insorgenza</b>	→	..... .....
<b>Altre Patologie in atto ed eventuali allergie</b>	→	..... ..... .....
<b>Terapia in atto</b>	→	..... ..... .....

# Fondazione MLMS Casa di Riposo Leandra

Residenza Sanitario Assistenziale

**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     .....


<b>STATO DI COSCIENZA</b>	<input type="checkbox"/> Vigile	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo verbale	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo doloroso	<input type="checkbox"/> Non risponde
<b>Eventuale punteggio Glasgow Coma Scale</b>	.....			
<b>Deterioramento cognitivo</b>	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> lieve/moderato	<input type="checkbox"/> grave	
<b>Comprensione ordini semplici</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
<b>Disturbi del comportamento</b>	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> lievi/moderati	<input type="checkbox"/> gravi	
↪ Specificare	..... ..... .....			

## ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA

	Indipendente	Parzialmente Dipendente	Totalmente Dipendente	
<b>Capacita' di fare il bagno</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Capacita' di vestirsi</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Uso dei servizi</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Continenza Sfinterica</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Capacita' di alimentarsi</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Cammina</b>	<input type="checkbox"/> da solo	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> protesi- ausili	<input type="checkbox"/> usa carrozzella
<b>Allettato</b>	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Se si, specificare da quanto tempo	mesi.....	anni.....

## SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE


<b>Abitazione</b>	<input type="checkbox"/> Idonea	<input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche	
<b>Vive solo</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
<b>Supporto familiare /caregiver</b>	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

<b>E' già stato sottoposto a terapia riabilitativa?</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
 <b>Con quali risultati?</b>	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Nullo

<b>Attuale capacità di collaborazione ad interventi riabilitativi:</b>	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente
<b>Orientamento sulle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni:</b>	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

**Struttura inviante**

**In fede**

.....  
 .....

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

Luogo e data,.....