



AZIENDA
SANITARIA
LOCALE
DELLA PROVINCIA
DI MANTOVA

**SCHEDA 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 | |

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 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
.....

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

ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA

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

SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE

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

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

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

Struttura inviante

In fede

.....


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

Luogo e data,.....