



**Casa di Cura Istituzionalmente Accreditata
"Villa Verde - Prof. Dott. G. Verrienti" s.r.l.**

Via Monteroni 222 – Lecce 73100

Tel. 0832 224111 - Fax 0832 224141 - E-mail: info@villaverde.lecce.it

**Proposta di trasferimento nell'U.O. di Neuroriabilitazione cod. 75
(Allegare Scheda Proposta Percorso Riabilitativo Individuale)**

DATI ANAGRAFICI

Cognome e Nome _____

nat_ a _____ (____) il _____

residente a _____ in Via _____

Cittadinanza italiana: Si No Se Si, Codice Fiscale _____

Se No, documento in possesso _____

Ospedale e Reparto proponente il ricovero _____

Recapito telefonico _____

CENNI ANAMNESTICI E CONDIZIONI CLINICHE ATTUALI

Diagnosi _____

Oggetto di referto: Si No Se Si, Prognosi sciolta Si No

Data esordio della patologia _____ Stato di coma Si No

Condizioni generali: Buone Discrete Scadenti Peso Kg _____

Stato di coscienza: Vigile Obnubilato Confuso _____

Deficit neuropsicologici e del linguaggio: Si No Afasia Disartria Aprassia

Paziente Collaborante: Si No _____

Presenza di tracheostomia: Si No - Necessità di ossigenoterapia: Si No _____

Alimentazione: Os PEG SNG Nutrizione enterale Nutrizione parenterale

Precedenti condizioni morbose: _____

Condizioni morbose concomitanti/infezioni in atto (malattie contagiose, condizione di portatore sano, dipendenze, ecc.) _____

Progressi interventi chirurgici: Si No _____

Trofismo cutaneo (indicare la presenza di lesioni da decubito e/o altre lesioni cutanee, specificandone la sede, l'estensione in cm, il grado) _____

Motilità volontaria:

Arto superiore dx Conservata Limitata Assente _____

Arto superiore sx Conservata Limitata Assente _____

Arto inferiore dx Conservata Limitata Assente _____

Arto inferiore sx Conservata Limitata Assente _____

Limitazioni articolari: _____

Il paziente è in grado di:

Mantenere la posizione seduta Si No Osservazioni _____

Mantenere la stazione eretta Si No Osservazioni _____

Deambulare Si No Osservazioni _____

Controindicazioni al carico Si No Osservazioni _____

Fissare e seguire con lo sguardo Si No Osservazioni _____

Eseguire ordini Si No Osservazioni _____

Muovere spontaneamente uno o più arti Si No Osservazioni _____

Il paziente è in postura di decorticazione o
decerebrazione) Si No Osservazioni _____

Il paziente presenta:

Agitazione psicomotoria Si No Osservazioni _____

Ipertermia Si No Osservazioni _____

Infezioni ricorrenti Si No Osservazioni _____

Continenza vescica Si No Osservazioni _____

Continenza alvo Si No Osservazioni _____

Esami strumentali eseguiti (allegare referto)

ECG RMN TC EMG Ecografia _____ Altro _____

Terapia in atto: _____

Terapia antibiotica in atto: _____

Il Medico proponente

Data _____