

**REGIONE PUGLIA – ASL LECCE**

**SCHEDA PROPOSTA PERCORSO RIABILITATIVO INDIVIDUALE**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

UO richiedente la consulenza fisiatrica \_\_\_\_\_

Medico \_\_\_\_\_

**Motivo della consulenza: valutazione per ricovero riabilitativo**

Telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

**Ambiti dei bisogni clinico-assistenziali**

Cute – decubiti	NO	SI		
	SEDE		STADIO	
Respirazione	SPONTANEA	CANNULA N°	O <sub>2</sub>	VM
Disfagia	NO	SI		
Alimentazione	OS	PEG	SNG	CVC
Catetere vescicale	NO	SI	Ø	
Carico	NO	PARZIALE	TOTALE	
Iperpiressia	NO	SI	DA QUANTI GG	
Agitazione psicomotoria	NO	SI		
Stato di coscienza	VIGILE	OBNUBILATO	CONFUSO	
Altro				

**Descrizione del gradi di autonomia:**

	AUTON.	PARZ. AUT.	NON AUT.		
Cura di sé					SCALE DI VALUTAZIONE
Controllo sfinterico					Barthel I. /100
Mobilità nei trasferimenti					FIM /126
Deambulazione					GCS /15
Comunicazione					LCF
Collaborazione/partecipazione					ASIA
Altro					

**Comorbidità:**

Malattie cardiovascolari	Malattie respiratorie	Dismetaboliche/endocrine
Neoplastiche	Psichiatriche	Infettive
Neurologiche	Pregresso coma e durata	

**Terapia in atto:****Richiesta di accoglienza in:**

- Reparto per acuti
- Lungodegenza
- Codice 75
- Codice 56
- Codice 28
- Estensivo
- SUAP
- RSA-RSSA
- Cure domiciliari
- Ambulatorio RRF
- Non indicato tratt. Riabil

**Diagnosi Riabilitativa:**

Data \_\_\_\_\_ Medico Fisiatra \_\_\_\_\_