



# IRCCS Centro Neurolesi "Bonino-Pulejo"

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Ente a rilevanza nazionale di Diritto Pubblico

## Ufficio Ricoveri

Richiesta di Ricovero

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>
<b>Data di nascita</b>	<b>Residenza<sup>1</sup></b>
<b>Tel.</b>	<b>Domicilio</b>
<b>Ospedale di provenienza</b>	<b>Reparto</b>
<b>Motivo del ricovero</b>	

<b>Note Anamnestiche:</b>

<b>Diagnosi:</b>

<b>Data evento acuto:</b>
---------------------------

Il paziente durante il ricovero presso la vs. U.O. ha avuto un periodo di stupore/coma di almeno 24h. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Al momento del ricovero aveva una Glasgow $\leq$ a 8 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

<sup>1</sup> Per pazienti cittadini stranieri, si richiede altresì, la seguente documentazione:

- Carta di identità
- Permesso di soggiorno
- Tessera Sanitaria dell'ASP di appartenenza
- Codice ENI/STP



<b>Profilo ematologico</b>	<b>GR</b>	<b>GB</b>	<b>PTL</b>	<b>Hb</b>	<b>Hct</b>

<b>Profilo metabolico</b>	Diabete Mellito Terapia	<b>Glicemia:</b> _____
---------------------------	----------------------------	------------------------

<b>Funzione renale</b>	<b>Azotemia</b>	<b>Creatinina</b>	<b>Elettroliti</b>

<b>Funzione epatica</b>	<b>GOT/GPT</b>	<b>Albumina</b>	<b>AP</b>	<b>Bilirubina</b>

<b>Funzione cardiovascolare</b>	<b>PA</b>	<b>FC</b>	<b>FE%</b>	<b>ECG</b>
	<input type="checkbox"/> Pregresso IMA		in data: _____	

<b>Respirazione</b>	<input type="checkbox"/> Nella norma	<input type="checkbox"/> Tracheotomia	<input type="checkbox"/> Ventilazione
	<input type="checkbox"/> SO <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> FR	

<b>Deglutizione</b>	<input type="checkbox"/> Nella norma	<input type="checkbox"/> Disfagia per liquidi	<input type="checkbox"/> Disfagia per solidi
	<input type="checkbox"/> Sondino naso-gastrico	<input type="checkbox"/> PEG	

<b>Sfinteri</b>	<input type="checkbox"/> Nella norma	<input type="checkbox"/> Incontinenza	<input type="checkbox"/> Ritenzione	<input type="checkbox"/> Catetere	<input type="checkbox"/>
	Pannolone				

<b>Infezioni in atto Esami colturali Antibiogramma</b>	<input type="checkbox"/> Alte-basse vie aree	<input type="checkbox"/> Vie urinarie	<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Esame colturale
	<input type="checkbox"/> Antibiogramma			
	Terapia:			

<b>Piaghe da decubito</b>	<input type="checkbox"/> Sacrali	<input type="checkbox"/> Calcaneali	<input type="checkbox"/> Trocanteriche	<input type="checkbox"/> Altro
	<input type="checkbox"/> Stadio I •;	<input type="checkbox"/> Stadio II •;	<input type="checkbox"/> Stadio III •;	<input type="checkbox"/> Stadio IV

<b>Opercolo Osseo</b>	<input type="checkbox"/> Con Estroflessione •;	<input type="checkbox"/> senza Estroflessione •
-----------------------	------------------------------------------------	-------------------------------------------------

<b>Vigilanza</b>	<input type="checkbox"/> Nella norma	<input type="checkbox"/> Sopore	<input type="checkbox"/> Coma – GCS.....
------------------	--------------------------------------	---------------------------------	------------------------------------------

<b>Linguaggio</b>	<input type="checkbox"/> Nella norma	<input type="checkbox"/> Afasia	<input type="checkbox"/> Disartria
-------------------	--------------------------------------	---------------------------------	------------------------------------

<b>Motilità</b>	<input type="checkbox"/> Nella Norma	
	<input type="checkbox"/> Tetraplegia.....	<input type="checkbox"/> Tetraparesi.....
	<input type="checkbox"/> Emiplegia dx.....sn.....	<input type="checkbox"/> Emiparesi dx.....sn.....
	<input type="checkbox"/> Paraplegia.....	<input type="checkbox"/> Paraparesi.....

