

V.23.03.2022

RICHIESTA DI RICOVERO IN DAY HOSPITAL
☐ **D.H. Unità Spinale**
☐ **D.H. Riabilitativo (cod. 56)**

Cognome _____ Nome _____

Luogo di Nascita _____ Data di nascita _____

Residenza _____ Telefono/fax _____

Codice Fiscale _____ Cod. STP _____

Luogo/ reparto dove si trova attualmente _____

_____ Telefono/fax _____

Nome, indirizzo, telefono di un familiare o conoscente a cui far riferimento _____

Patologia oggetto del ricovero _____**Motivo del ricovero** _____

Precedenti ricoveri per tale patologia

Ospedali o case di cura	Data di accettazione	Data di dimissione	Diagnosi di dimissione

Patologie associate

Terapia farmacologica in atto

Notizie cliniche

Condizioni
generali _____

Parametri vitali: P.A. _____ F.C. _____ T.C. _____

Malattie dell'apparato
respiratorio _____

Malattie dell'apparato
cardiocircolatorio _____

Patologie infettive in atto: SI NO

TVP in fase acuta: SI NO

Crisi epilettiche ricorrenti e subentranti: SI NO

Indicazioni chirurgiche: SI NO

Se sì, quali?

Presenza di ulcere da pressione: SI NO

Se sì, indicare numero, sede ed estensione

Presenza di tracheotomia: SI NO

Disturbi del comportamento e personalità: SI NO

Autonomia nelle attività della vita quotidiana: SI NO

Grado di collaborazione: scarso sufficiente buono ottimo

Si ricorda che il ricovero in Day Hospital è finalizzato a consentire l'erogazione di prestazioni clinico-diagnostiche-terapeutiche di tipo intensivo che comportino interventi di elevato impegno multiprofessionale e plurispecialistico che non possono essere effettuate in regime ambulatoriale.

L'assistito deve trovarsi in condizioni cliniche stabili e deve essere in grado di raggiungere con mezzi propri il nostro Centro.

Il ricovero in D.H. può avvenire tramite: a) trasferimento da Unità Spinali, altri reparti riabilitativi, ecc.; b) visita fisiatrica (con impegnativa del medico curante) presso il C.P.O.

Il ricovero in Day Hospital non può essere concomitante con altri ricoveri in D.H. di altre Unità Operative, né con trattamenti riabilitativi in regime ambulatoriale.

Ogni assistito ha diritto ad effettuare un unico ricovero in D.H. riabilitativo nell'anno solare.

L'assistito, posto in lista d'attesa, sarà ricoverato in base alla disponibilità dei posti letto previa visita per verifica necessità di trattamento ancora esistenti e per valutazione modificate condizioni cliniche.

Si prega in questo periodo di comunicare eventuale rinuncia alla lista di attesa o eventuali variazioni del domicilio e/o dei recapiti telefonici (tel.06-56483534 ore 8-14 oppure via mail a dh.cpo@aslroma3.it).

Firma dell'assistito

Firma e timbro del medico

Firma del familiare

N° telefono e fax del medico

Luogo e Data