



IRCCS
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Sacro Cuore – Don Calabria
Ospedale Classificato e Presidio Ospedaliero
Accreditato – Regione Veneto

Servizio di M. Fisica e Riabilitazione
Riabilitazione Intensiva: UGC – Unità Spinale
U.O. di M. Fisica e R - Lungodegenza
RSA di Cura e Riabilitazione con
Speciale Unità di Accoglienza Permanente

Via Don Sempredoni 5, 37024 Negrar (Verona)



DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE
OPERA DON CALABRIA
NEGRAR-VERONA

Direttore: Dr. Renato Avesani

Centro Polifunzionale Don Calabria
Presidio di Riabilitazione Extraospedaliera
Centro Medico Sociale "C. Santi"

Settore Adulti
Servizio GCA

Via San Marco 121, 37138 Verona

Scheda di segnalazione con richiesta di
accoglimento in

- Unità Spinale (cod 28)
 Unità Gravi Cerebrolesioni (cod 75)
 Unità di Medicina fisica e Riabilitazione (cod 56)

Struttura richiedente:

Reparto Richiedente

Sig./ra.....nato/a.....

il.....Residente a.....

Nel caso di nazionalità straniera : iscritto al SSN* documento STP* privo di assistenza
* allegare copia tessera

Persona (familiare/caregiver) di riferimento.....tel.....

Dati Sanitari

Data evento acuto.....

Tipo di evento : mielolesione Grave cerebrolesione ictus altro.....

Disabilità pregresse sì no Autonomia pre evento sì no

Necessità assistenziali :

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> tracheostomia | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> sondino naso gastrico | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> respiro autonomo >48 ore | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> PEG | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> lesioni da decubito | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> VAM | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> craniectomia decompressiva | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> isolamento germi multiresistenti | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> obbligo a letto (es. fratture/scarico) | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> terapia antiinfettiva o immunosoppressiva?..... | | |

Presumibile disabilità : lieve media grave

Note aggiuntive(ev breve descrizione del caso).....
.....
.....

Recapiti del reparto richiedente : tel..... email.....

Timbro e Firma Medico richiedente

.....

Inviare al FAX 0456013556