

Unità Spinale Unipolare AOEC

Direttore Dott.ssa M.G. Onesta

Via Messina, 829, EDIFICO S, 95126 Catania CT

Centralino: 095/7263900

Mail : unispinale@ospedale-cannizzaro.it

Fax +39 (095) 7264247

Reparto +39 (095) 095/7263925

**RICHIESTA DI RICOVERO PRESSO USU AOE CANNIZZARO DEL PAZIENTE:**

(Compilare in stampatello in ogni parte, barrare le crocette ove previsto)

COGNOME: _____ NOME: _____ Sesso /M/ - /F/ Età: ____ anni, peso KG ____

Nato il : ____ / ____ / ____ COMUNE DI NASCITA: _____

CITTADINANZA: ITALIANA / _ / UE / _ / PAESI EXTRA UE / _ /

RESIDENZA IN VIA: _____ N° ____ COMUNE: _____

TELEFONO REFERENTE DEL PAZIENTE/PAZIENTE STESSO: _____

INVALIDITÀ:

RICHIESTA NON INVITATA / _ / RICHIESTA INVITATA / _ / INVALIDITÀ RICONOSCIUTA / _ /

RICHIESTA DI RICOVERO INVITATA DAL REPARTO/OSPEDALE:_____
RECAPITO TELEFONICO E NOME DEL COMPILATORE: _____**LESIONE MIDOLLO SPINALE:**

-Traumatica / _ / Incidente stradale / _ /, Tuffo / _ /, Caduta dall'alto / _ /, Anticonservativo / _ /, Altro / _ / _____

-Ischemica / _ / Neoplastica / _ / Infettiva / _ / Mielite / _ /

- Al tro (SPECIFICARE LA DIAGNOSI): _____

SEDE DI LESIONE:

CERVICALE C 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8

TORACICA: T 1- 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12

LOMBARE L 1- 2 - 3 - 4 - 5

Data della lesione (evento acuto/prima comparsa di malattia): ____ / ____ / ____

Lesione Midollare : Completa AIS A / _ / Incompleta AIS B / _ / - C / _ / - D / _ / - E / _ /**Interventi chirurgici eseguiti in seguito ad evento acuto :**

(stabilizzazione, fissazione, casting, amputazione, etc...)

Data di esecuzione dell'intervento/i: ____ / ____ / ____

Indicazioni all'uso di tutori/busti (collare tipo Philadelphia, Shanz, Busto C35, Taylor, Gessi, etc...):

Indicare per quanto tempo si stima il presidio ortesico debba esser indossato: _____

Limitazioni al carico: SI / _ / NO / _ / per quanto tempo: _____

Anamnesi Patologica Remota:**COMORBIDITÀ:**

Cardiovascolare (Ipertensione, pregressi IMA, Valvulopatie cardiache, Vasculopatie, Emorragie, TVP, etc...):
se scompenso cardiaco indicare FE%

Apparato Respiratorio

Endocrino-metaboliche (Diabete, Tireopatie, Osteoporosi, Anemia, etc...):

Malattie post-traumatiche :

Nefro-Uropatie (insufficienza renale acuta o cronica, calcolosi urinaria, urostomia, neoplasie apparato urinario, lesioni uretrali, ipospadie, fimosi, etc...):

App. Digerente (Ernie, calcolosi biliare, ileo/colonstomie, alvo neurologico, malattie infiammatorie intestinali, celiachia, neoplasie, emorroidi, pancreatiti):

Malattie infettive (sepsi, Infezioni urinarie ricorrenti, epatiti, HIV, gangrene, etc...):

App. Neurologico extra-Midollare (sclerosi multipla, Stato di minima coscienza, disfagia, afasia, emiparesi, sind. Extrapiramidali, neoplasie, pregressi ictus/TIA, etc...)

Malattie dello scheletro assile (tumori, spondilodisciti, scoliosi, erniazioni improntanti il Midollo spinale, Stenosi midollare, malformazioni, spina bifida, fratture, etc...):

Patologie ginecologiche:

Patologie psichiatriche:

SUPPORTO FAMILIARE : costante / / , frequente / /, sporadico / /, assente / /

ALLERGIE: _____

TERAPIA IN CORSO (SPECIFICARE I DOSAGGI, PER GLI ANTIBIOTICI ANCHE LA DATA DI INIZIO):

Allegare una relazione clinica e strumentale che faccia chiaro riferimento alle disabilità e alle criticità da attenzionare ai fini della presa in carico e allo sviluppo del progetto riabilitativo, RELAZIONE FISIATRICA, REFERTI RADIOLOGICI ED ESAMI EMATOCHIMICI E CULTURALI QUALORA IL PAZIENTE NON FOSSE RICOVERATO PRESSO LA AOE CANNIZZARO.

LE RICHIESTE INCOMPLETE O NON CORRETTAMENTE COMPILATE NON POTRANNO ESSERE PRESE IN CONSIDERAZIONE, LE INFORMAZIONI FORNITE FARANNO PARTE INTEGRANTE DEI DATI/DOCUMENTAZIONE DEL RICOVERO.

N.B: Si prega di inviare entro le 48 ore precedenti la data del ricovero concordato scheda aggiornata alle attuali condizioni cliniche del paziente .

Inviare la scheda al corrente indirizzo mail : unispinale@ospedale-cannizzaro.it

LUOGO _____, DATA ___/___/___

Firma e Timbro del Medico Compilatore

Unità Spinale Unipolare AOEC

Direttore Dott.ssa M.G. Onesta

SCHEDA INFETTIVOLOGICA

Paziente (*cognome, nome, data di nascita*):

Tipo coltura	data	positività ¹	Microorganism isolati	Antibiotic sensibilità	Antibiotico resistenza	antibiotico/i prescritto/i	inizio terapia	fine terapia	Firma

Medico compilatore _____ Firma leggibile _____

¹ Segnare con una X se negativo