

Unità Spinale Unipolare AOEC

Direttore Dott.ssa M.G. Onesta

Via Messina, 829, EDIFICIO 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 INVIATA / _ / _ / RICHIESTA INVIATA / _ / _ / INVALIDITÀ RICONOSCIUTA / _ / _ /

RICHIESTA DI RICOVERO INVIATA 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 / _ / _ /

-Altro (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 Phyladelphia, 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 Prossima legata alla lesione midollare:

(fratture ossee, lesioni organi parenchimatosi addominali, ischemie, contusioni/lesioni toraco-polmonari, traumi cranici, amputazioni, etc...)

Condizione clinica attuale:

App. Respiratorio: nella norma / _ / , BPCO / _ / , ARDS / _ / , PNX / _ / , Versamenti / _ / , descrizione :

Tracheotomia: chirurgica / _ / , percutanea / _ / posizionata data: __/__/__ ; rimossa data: __/__/__

Ventilazione meccanica invasiva / _ / , non invasiva / _ / , svezzato da ventilatore / _ / (data: __/__/__),

Alti flussi : _____

SO2_____l/m

Aria ambiente / _ /

Deglutizione : nella norma / _ / , disfagia liquidi / _ / , disfagia solidi / _ /

SNG / _ / , data posizionamento : __/__/__

data rimozione : __/__/__

PEG / _ / , data posizionamento : __/__/__

data rimozione : __/__/__

Vescica neurologica : / _ / , catetera a permanenza / _ / , CIC x / _ / al die

Alvo neurologico / _ / , nella norma / _ / , ritenzione / _ / , incontinenza / _ /

Lesioni da Decubito:

Assente / _ / , presente / _ / Stadio : I epiteliale, II Derma, III sottocute, IV Mio-Osseo

Sacrale I / _ / II / _ / III / _ / IV / _ /

Ischiatica dx: I / _ / II / _ / III / _ / IV / _ /

Ischiatica sn: I / _ / II / _ / III / _ / IV / _ /

Trocanterica dx: I / _ / II / _ / III / _ / IV / _ /

Trocanterica sn: I / _ / II / _ / III / _ / IV / _ /

Tallone dx: I / _ / II / _ / III / _ / IV / _ /

Tallone sn: I / _ / II / _ / III / _ / IV / _ /

Malleolo dx: I / _ / II / _ / III / _ / IV / _ /

Malleolo sn: I / _ / II / _ / III / _ / IV / _ /

Metatarso dx: I / _ / II / _ / III / _ / IV / _ /

Metatarso sn: I / _ / II / _ / III / _ / IV / _ /

Altre sedi (scapolari, nicali, mentoniere, etc.):

-sede:

-stadiazione:

Infezioni in atto: Alte-basse vie aree SI / _ / NO / _ / , Vie urinarie SI / _ / NO / _ / Altro SI / _ / NO / _ /

Allegare esame colturale, antibiogramma, terapia in atto. (allegare scheda n.1)

Storia di Tentato suicidio: SI / _ / NO / _ /

Storia di Depressione maggiore: SI / _ / NO / _ /

Epilessia : SI / _ / NO / _ / crisi focali / _ / crisi generalizzate / _ /

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 al fine della presa in carico e allo sviluppo del progetto riabilitativo, RELAZIONE FISIATRICA, REFERTI RADIOLOGICI ED ESAMI EMATOCHIMICI E COLTURALI 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