

Gentile Collega,

al fine di valutare l'eventuale ricovero presso questo Ospedale, inviamo una scheda "Richiesta di trasferimento" di cui chiediamo una accurata compilazione; l'accoglienza della richiesta di ricovero e la data presunta dello stesso Le verranno comunicate non appena effettuata la valutazione di appropriatezza.

La scheda "Richiesta di trasferimento" **dovrà essere sempre corredata** da:

1. informativa sulle caratteristiche del ricovero a Montecatone, controfirmata dall'interessato o dal familiare di riferimento,
2. "RELAZIONE FISIATRICA CON INQUADRAMENTO CLINICO, RACCORDO ANAMNESTICO-TERAPEUTICO E DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI RIABILITATIVI",
3. documentazione che attesta sussistenza assistenza sanitaria anche temporanea (tessera sanitaria italiana o europea, tesserino STP, ecc.).

Inoltre, se del caso, **dovrà essere corredata** da

- A. in caso di pazienti provenienti da extra regione Emilia Romagna: scheda riferimenti territoriali;
- B. in caso di attivazione del Servizio sociale ospedaliero: relazione sociale con nominativo referente e recapiti;
- C. in caso di infezioni in atto: colture relative di non oltre 7 giorni precedenti la compilazione della griglia di EMO/URINO/BRONCO e referto RX torace;
- D. in caso di grave problematica psichiatrica/gesto anticonservativo: **consulenza psichiatrica aggiornata;**
- E. **in caso di patologie neoplastiche in atto: consulenza oncologica aggiornata.**

All'atto del ricovero, il paziente dovrà essere accompagnato da

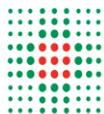
- lettera di dimissione con terapia in atto,
- copia radiografica (immagini) dello studio del rachide (RX, TAC e RMN) pre e postoperatorio con referto,
- copia TAC e RMN cerebrali pre e postoperatorie con referto,
- ultimi esami ematochimici e colturali completi,
- copia del referto operatorio dell'intervento effettuato,
- consulenza dello specialista (Neurochirurgo e/o Ortopedico e/o altri) con indicazione degli eventuali controlli e/o interventi da effettuarsi a distanza **ed eventuali indicazioni all'uso** di ortesi e/o limitazioni alle variazioni posturali ed al carico
- farmaci necessari per le 48 ore successive al trasferimento

I controlli strumentali e laboratoristici significativi previsti *a brevissima scadenza (meno di 10 giorni)* dovranno essere effettuati presso la Vostra struttura.

Si chiede di segnalare tempestivamente a Montecatone eventuali significative modificazioni delle condizioni cliniche intervenute dopo l'invio della presente scheda.

A vostra disposizione per ogni ulteriore chiarimento.

La Direzione



Direttore Sanitario e Direttore Dipartimento Clinico, Riabilitativo e dell'Integrazione
Dr.ssa Simona Bianchi

RICHIESTA DI TRASFERIMENTO

Da inviare all'Uff. Programmazione Ricoveri - Resp. Dott.ssa Elisabetta Marani

Tel: 0542-632811 - Fax: 0542-632855 -

Email: spr@montecatone.com - PEC: servizioprogrammazione@montecatone.postecert.it

1. DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita ___/___/___

Residenza _____ ASL di appartenenza _____

Ospedale di provenienza _____ Reparto _____

Medico di riferimento nel reparto _____

Tel. _____ fax _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____ Peso corporeo Kg. _____ Altezza cm _____

Diagnosi _____

2. **PROGNOSI RISERVATA:** SI NO

Data dell'evento ___/___/___

3. EZIOLOGIA:

- Traumatica
 Gesto anticonservativo
 Incidente sul lavoro/in itinere
 Vascolare
 Anossica
 Infettivo/infiammatoria
 Neoplastica
 Degenerativa
 Altro

4. LESIONE

Vertebro-midollare Livello di lesione vertebrale _____

Stabilizzazione vertebrale no si _____

Cerebrale **Danno cerebrale:** focale diffuso

GCS ___/15 **durata coma** _____

Craniotomia

DVP

GOS disabilità lieve disabilità moderata disabilità grave stato vegetativo

DRS ___/29 **DRS categoria** ___/10 **LCF** _____

Altre lesioni _____

Altri interventi chirurgici _____

5. **TC/RM effettuata** data ___/___/___ (sintesi referto) _____



6. IN CASO DI COMORBIDITA' ONCOLOGICA specificare:

- **speranza di vita in mesi o anni** _____
(punteggio scala di Tokuhashi: /15 ; punteggio scala di Karnofsky:/100)
- **piano terapeutico della struttura oncologica di riferimento:** _____

7. Controlli strumentali significativi e terapie particolari previsti in tempi brevi

8. Condizioni cliniche attuali _____

9. Problemi clinici aperti _____

10. Interventi previsti _____ in data _____

11. TERAPIE IN CORSO

- AMINE SI NO
- ALTRE TERAPIE PARTICOLARI _____

12. STATI MORBOSI PREGRESSI

- Cardiopatie/malattie cardiovascolari
- Broncopneumopatie
- Disturbi endocrino-metabolici
- Disturbi Psichiatrici
- Disturbi cognitivi
- Abuso di sostanze: droghe alcool
- Altro

13. STATO FUNZIONALE PREGRESSO (mobilità, ADL personali, ADL domestiche...): _____

14. CONDIZIONI ATTUALI

Respirazione

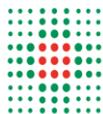
- Intubazione Tracheostomia
- Respirazione spontanea senza O₂ con O₂
- CPAP SIMV VC
- Divezzamento dal respiratore Impossibile Possibile In corso
- Ventilatore domiciliare Stimolatore diaframma
- Atelettasie ricorrenti
- Versamento pleurico

Accessi venosi

- catetere venoso centrale
- PICC/MIDLINE

Alimentazione

- NPT/NE OS Disfagia: SI NO
- PEG posizionata in data _____
- SNG posizionato in data _____



Gestione vescicale

- Catetere vescicale a dimora
- Cateterismo intermittente
- Minzione spontanea

Ulcere da decubito

Sede	Grading	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Non stadiabile
Sede	Grading	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Non stadiabile
Sede	Grading	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Non stadiabile

Allergie

- Farmaci _____
- Altro _____

Infezioni Pregresse

- Polmone
- Vie urinarie
- Sepsi
- altro

Infezioni in atto

- Polmone
- Vie urinarie
- Sepsi
- altro

14. Informazioni sui fattori ambientali (differibili se non disponibili al momento della richiesta)

Familiare/persona di riferimento (cognome e nome) _____

Tipo di relazione _____

Recapiti _____

Nucleo convivente

- Padre
- Madre
- Sorella/e
- Fratello/i
- Coniuge
- Figlio/i
- Badante
- Altro _____

Sono note o sono state rilevate problematiche familiari/relazionali/sociali? (Se sì indicare quali)

Medico di Medicina Generale (informazione differibile se non disponibile al momento della richiesta)

Dott./Dott.ssa _____

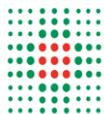
Tel. _____ Fax _____ e-mail _____

15. La situazione è già conosciuta/seguita dai servizi territoriali? Se si compilare: informazione differibile se non disponibile al momento della richiesta

	Nominativo	Telefono
<input type="checkbox"/> Servizio Sociale	_____	_____
<input type="checkbox"/> SERT	_____	_____
<input type="checkbox"/> Salute mentale	_____	_____

16. Informazioni sui fattori personali (differibili se non disponibili al momento della richiesta)

Scolarità _____



Occupazione:

- Studente
- Lavoro informale
- Dipendente pubblico o privato
- Libera professione
- Casalingo
- Pensionato
- Altro

17. Cittadini di nazionalità straniera

- Regolarmente soggiornante (Carta di soggiorno/Permesso di soggiorno per _____

_____ fino a _____).

- STP

Data _____ **Medico Compilatore** _____

(timbro e firma)

Allegati obbligatori:

1. Informativa sulle caratteristiche del ricovero a Montecatone, controfirmata dall'interessato o dal familiare di riferimento (differibile se non disponibile al momento della richiesta),
2. "RELAZIONE FISIATRICA CON INQUADRAMENTO CLINICO, RACCORDO ANAMNESTICO-TERAPEUTICO E DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI RIABILITATIVI",
3. Esito del tampone rettale di sorveglianza,
4. Documentazione che attesta sussistenza assistenza sanitaria anche temporanea (tessera sanitaria italiana o europea, tesserino STP, ecc.).

Altri allegati (barrare)

- A - Scheda riferimenti Territoriali extra Regione Emilia Romagna
- B - Relazione sociale con nominativo referente e recapiti
- C Colture relative alle infezioni in atto, di non oltre 7 giorni precedenti la compilazione della griglia di EMO/URINO/BRONCO e referto RX torace
- D - Consulenza Psichiatrica
- E - Consulenza Oncologica

PARTE A CURA DELL'UFFICIO PROGRAMMAZIONE RICOVERI

La richiesta è stata considerata:

- appropriata
- inappropriata

Data _____ Medico che ha effettuato la valutazione _____

Il quale ha richiesto la consulenza urgente dello specialista: _____

Data _____ Medico che ha effettuato la valutazione _____

Allegato 1
INFORMATIVA SULLE CARATTERISTICHE DEL RICOVERO A MONTECATONE

Gentile Signore/Signora,

abbiamo ricevuto la proposta di trasferirla presso questo Istituto di riabilitazione dall'Ospedale in cui Lei si trova attualmente.

Questo polo ospedaliero è specializzato per la riabilitazione intensiva di persone con lesione cerebrale o midollare, in fase acuta.

La degenza ha un termine definito dall'equipe medico-riabilitativa, in base al Progetto Riabilitativo, che sarà dettagliato e periodicamente rivalutato con la sua attiva collaborazione. Al termine del periodo di ricovero, lei sarà dimesso per rientrare presso il suo domicilio o, in caso di difficoltà nel rientro al proprio domicilio, essere trasferito in una struttura sociosanitaria presente nel suo territorio.

In entrambi i casi, saremo al suo fianco per facilitare una proficua relazione con i servizi pubblici responsabili per tutto quanto attiene all'assistenza domiciliare o all'accoglimento presso strutture idonee.

La Direzione di Montecatone

Data _____

Firma per presa visione dell'interessato
/ del familiare di riferimento

Allegato A - SCHEDE RIFERIMENTI TERRITORIALI (extra Regione Emilia Romagna)

DISTRETTO SANITARIO

Eventuale punto unico competente

Nominativo referente da contattare _____

Telefono _____ Fax _____

E-mail _____

Servizio Infermieristico competente

Nominativo referente da contattare _____

Telefono _____ Fax _____

E-mail _____

Servizio Riabilitativo competente

Nominativo referente da contattare _____

Telefono _____ Fax _____

E-mail _____

Servizio Sociale competente

Nominativo referente da contattare _____

Telefono _____ Fax _____

E-mail _____

Ufficio Ausili / Protesi competente

Nominativo referente da contattare _____

Telefono _____ Fax _____

E-mail _____

COMUNE

Servizio Sociale competente

Nominativo referente da contattare _____

Telefono _____ Fax _____

E-mail _____

INAIL

Nominativo **REFERENTE** da contattare _____

Telefono _____ Fax _____

E-mail _____