



**Distretto Ospedaliero Palermo 3**  
**U. O. C. Unità Spinale - Villa delle Ginestre**  
**Centro Regionale per la Diagnosi, Cura Riabilitazione e Reinserimento della Persona con lesione**  
**Midollare - G. G. A. Gravi Celebrolesioni Acquisite**  
 Via Castellana 145-90135 Palermo Tel 091 6743111 fax 091 6743124  
 Direttore f. f. Dott. Marcello Petruso

N. nosologico Cartella \_\_\_\_\_

Data compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

UO richiedente \_\_\_\_\_ telefono: \_\_\_\_\_ fax: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

richiede la disponibilità di posto in:

- Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite (UGCA)
- Unità Spinale

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_ sesso:  F  M  
 Domicilio \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
 Care-giver di riferimento e recapito \_\_\_\_\_

**PATOLOGIA OGGETTO DEL RICOVERO:**

Data d'inizio della menomazione sopraindicata: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Intervento Chirurgico:    Si     No   
 Tipo intervento chirurgico: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Data intervento chirurgico: \_\_\_\_\_  
 Divieto carico:    Si:     No:     Eventuale carico differito a: \_\_\_\_\_ gg \_\_\_\_\_

**SCALE SEVERITA', COMORBIDITA' e DISABILITA'**

CIRS :    Indice di severità    |\_\_|    Indice di comorbidità    |\_\_|

BARTHEL :    punteggio complessivo |\_\_| |\_\_| |\_\_|

Note: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ulcere trofiche / da pressione (specificare sede e stadio) .....  
 Ferite Post Chirurgiche     Coalescente     Deiscente     Altro    Altre patologie (specificare).....

Terapia in atto:	dosaggio	ev	os	Terapia in atto:	dosaggio	ev	os
1				3			
2				4			

**CONDIZIONI CLINICHE**

Condizioni generali  BUONE  DISCRETE  SCADENTI  
 Paziente stabile dal punto di vista internistico  SI  NO  
 Paziente post comatoso  SI  NO SE Si, GCS (punteggio) ..... e durata coma >24 ore  
 Collaborazione  TOTALE  PARZIALE  ALTERNANTE  ASSENTE  
 Comprensione  TOTALE  PARZIALE  ALTERNANTE  ASSENTE  
 Motilità volontaria  TOTALE  PARZIALE  ASSENTE  
 Deambulazione  AUTONOMO  AUTONOMO CON AUSILIO  NON AUTONOMO  IMPOSSIBILE  
 Controllo Tronco  TOTALE  PARZIALE  ASSENTE  
 Stazione eretta  SI  SI, CON AUSILI  NO  
 Stazione seduta  SI  NO  
 Motilità articolazioni  TOTALE  PARZIALE  ASSENTE  
 Capacità di alimentarsi  AUTONOMO  DISFAGIA  SI  NO  
 NON AUTONOMO  IMBOCCATO  SNG  PEG  PARENTERALE  
 Igiene personale  AUTONOMO  CON AIUTO  DIPENDENTE  
 Controllo dell'alvo  SI  PARZIALE  NO  
 Controllo minzione  SI  PARZIALE  NO  
 Catetere vescicale a permanenza  SI (data inserimento o dell'ultimo cambio.....)  NO  
 Presenza cannula tracheale  SI (specificare tipo e data di inserimento.....)  NO  
 Ventilazione meccanica  SI (specificare tipo e modalità.....)  NO  
 Ossigenoterapia  SI (specificare modalità.....)  NO  
 Portatore di CVC  SI (specificare il tipo e la sede.....)  NO  
 Portatore di CV Periferico  SI (sede e data di inserimento.....)  NO  
 Presenza di stomie  SI (specificare tipo e sede.....)  NO  
 Fissatore esterno  SI (specificare tipo e sede.....)  NO  
 Apparecchio gessato  SI (specificare tipo e sede.....)  NO  
 Infezioni in atto/microrganismi alert\*  SI  NO

**INFORMAZIONI AGGIUNTIVE SOLO PER RICHIESTA TRASFERIMENTO UGCA**

Il paziente è in postura di decorticazione o decerebrazione?  SI  NO  
 Il paziente presenta agitazione psico-motoria ?  SI  NO  
 Il paziente esegue ordini semplici ?  SI  NO

**INFORMAZIONI AGGIUNTIVE SOLO PER RICHIESTA TRASFERIMENTO US/CENTRO SPINALE**

Il paziente è  paraplegico  tetraplegico

Livello di lesione documentato all'RX

**RICHIESTA DI TRASFERIMENTO**

La richiesta è stata INVIATA IN DATA \_\_\_\_\_ ALL'ISTITUTO.....  ACCETTATA  NON ACCETTATA

La richiesta è stata INVIATA IN DATA \_\_\_\_\_ ALL'ISTITUTO.....  ACCETTATA  NON ACCETTATA

Data trasferimento \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico del reparto

Timbro e firma del medico specialista in riabilitazione

\* La struttura per acuti ha l'obbligo di valutare ed indicare la presenza di colonizzazioni che richiedono misure di isolamento, per consentire alla struttura riabilitativa di predisporre posti letto idonei (isolamento di coorte).

- Si prega di allegare alla presente richiesta di ricovero copia degli ultimi esami diagnostici (radiodiagnostica, ematochimici, EGA, microbiologici, etc ...) e consulenze eseguite.