Ospedale C.T.O. "A.Alesini"
UOC Unità Spinale Direttore: Dott. Claudio Pilati
Via San Nemesio, 21 – 00145 Roma Tel: 06/51003074 – 3818 fax: 3816
Email: unitaspinale@aslroma2.it

SCHEDA PROPOSTA RICOVERO

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Residenza: Città _____ Via _____ Tel. _____

C.F. _____

Se extracomunitario: numero STP_____ I.N.A.I.L. NO □ SI □

Stato Civile: _____ Titolo di studio: _____

Condizione lavorativa: _____

Ospedale _____Reparto _____

Cartella Clinica n°: _____

Tel. _____ Fax _____

Familiare di riferimento: Nome e Cognome _____

Tel._____

Paraplegia □ Tetraplegia □

Livello neurologico della lesione: _____
(N.B. Possibilmente indicare livello lesionale secondo A.S.I.A. , con)
Impairment Scale: A □ **B** □ **C** □ **D** □

Data: d'insorgenza della lesione midollare _____

Protocollo NASCIS: no □ si □

Prognosi Riservata: no □ si □ N°_____data_____

Etiologia: Traumatica vascolare□ infettivo/infiammatoria□ neoplastica□ degenerativa□

Se traumatica: □ incidente auto □ incidente moto □caduta dall'alto □ tuffo □ altro_____

Vertebre lesionate: _____

Intervento di Chirurgia vertebrale: no ☐ si ☐ Data: _____
Tipo:_____ _____

Rachide stabile: no ☐ si ☐ **Ortesi:** collare ☐ busto ☐

Stato di coscienza: orientato ☐ disorientato ☐

Disturbi del comportamento no ☐ si ☐ Tipo:_____

Disturbi di carattere psichico/psichiatrico di rilievo no ☐ si ☐ Tipo:_____

Patologie associate
Lesioni osteo-articolari:_____

apparecchi gessati: ☐ sede:_____
mezzi di sintesi: ☐ sede:_____

Apparato respiratorio _____

Apparato cardio-circolatorio _____

Apparato gastroenterico _____

Interventi chirurgici correlati all'evento lesivo:_____
_____

Condizioni Respiratorie attuali:
Respiro spontaneo no ☐ si ☐ dal_____

Ventilazione meccanica no ☐ si ☐ se si: weaning no ☐ si ☐

NIV no ☐ si ☐ modalità_____

Ossigeno terapia: no ☐ si ☐ Lt/min_____

Ultimo EGA:data_____FIO2 _____PaO2_____PaCO2_____pH_____

Drenaggio toracico no ☐ si ☐ sede _____ dal_____

Cannula tracheostomica no ☐ si ☐ Tipo :_____n° _____ dal _____

data ultima sostituzione: _____

Altri Devices :
Catetere venoso: centrale ☐ periferico ☐ sede _____ dal_____

Catetere arterioso ☐ sede_____ dal_____ _____

Catetere vescicale ☐ no ☐ si data ultima sostituzione:_____

Alimentazione:
per os no ☐ si ☐ disfagia no ☐ si ☐
PEG no ☐ si ☐
SNG no ☐ si ☐

Alvo: data ultima evacuazione _____

Esami diagnostici
Ultimo RX torace: negativo ☐ positivo ☐ per _____

Ultima TAC torace/addome: negativa ☐ positiva ☐ per _____
_____

Ecocolordoppler: negativo ☐ positivo ☐ per _____
_____

Ecografia: negativo ☐ positivo ☐ per _____
_____

RMN: negativa ☐ positiva ☐ per _____
_____

Complicanze insorte durante ricovero
Alterazioni metaboliche _____

Alterazioni del bilancio idroelettrolitico _____

Insufficienze d'organo _____

Lesioni cutanee da pressione no ☐ si ☐
sede _____grado_____

sede _____grado_____

Trombosi Venose Profonde no ☐ si ☐ sede _____

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 2

REGIONE LAZIO

Infezioni in atto: no ☐ si ☐

emocoltura : data_____ negativa ☐ positiva ☐ per_____

broncoaspirato: data_____ negativa ☐ positiva ☐ per_____

urine : data_____ negativa ☐ positiva ☐ per_____

Terapia
Endovenosa _____

_____

Orale _____

_____

Note aggiuntive:
_____

_____

Il Medico proponente dichiara formalmente che le informazioni contenute nel presente modulo corrispondono a verità.

Data.....

Firma e Timbro del Medico .....

Tel:_____Fax:_____Email:_____

Dichiarazione di responsabilità del richiedente il ricovero (Delibera della regione Lazio n.434 del 27/03/2001)

La scheda, compilata integralmente, deve essere inviata ai numeri di **FAX:**
Ufficio U.M.I.: 06 51003642
Segreteria reparto: 06 51003816

N.B. Le schede incomplete non potranno essere inserite nella lista d'attesa del paziente

Si ringrazia per la collaborazione

ASL Roma 2 - P.IVA 13665151000
Sede Legale Via Maria Brighenti, 23 Edificio B – 00159 Roma