



Gentile Collega,

sulla base dell'accurata compilazione del questionario allegato, verrà pianificato l'eventuale ricovero; l'accoglienza della richiesta di ricovero e la data presunta dello stesso Le verranno sollecitamente comunicate.

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

- relazione clinica e/o lettera di dimissione con terapia in atto
- copia completa della cartella clinica e delle consulenze effettuate
- copia radiografica dello studio del rachide (Rx, TAC e RMN) pre e post-operatorio con referto
- copia TAC e RMN cerebrali pre e post-operatorie 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

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

A vostra completa disposizione per ogni ulteriore chiarimento.

La Direzione

**Direttore Sanitario e Direttore Dipartimento Clinico, Riabilitativo e dell'Integrazione**  
Dr.ssa Virna Valmori

### RICHIESTA DI TRASFERIMENTO

**Richiesta da inviare all'Uff. Programmazione Ricoveri** - Resp. Dott.ssa Elisabetta Marani  
Tel: 0542-632811 - Fax: 0542-632855 - E-mail: [spr@montecatone.com](mailto:spr@montecatone.com)

**Cognome**.....**Nome**.....**Data di nascita**.....  
**Residenza**.....**ASL di appartenenza**.....  
**Ospedale di provenienza**.....**Reparto**.....  
**Tel**.....**fax**.....**e-mail**.....  
**Diagnosi**.....

**Prognosi riservata** SI  NO  **Peso corporeo Kg.** .....

**Data dell'evento**...../...../..... **Lesione** vertebro-midollare  cerebrale

**Livello di lesione vertebrale**.....

<b>EZIOLOGIA</b>
Traumatica <input type="checkbox"/>
Vascolare <input type="checkbox"/>
Anossica <input type="checkbox"/>
Infettivo/infiammatoria <input type="checkbox"/>
Neoplastica <input type="checkbox"/>
Degenerativa <input type="checkbox"/>

**Danno cerebrale** focale  diffuso

**GCS**...../15 **durata coma**.....

**Stabilizzazione vertebrale** si  no  **Craniotomia**  **DVP**

**Altri interventi chirurgici**.....

**Prima TC/RM effettuata** data...../...../..... (sintesi referto)

**Ultima TC/RM effettuata** data...../...../..... (sintesi referto) .....

**Controlli strumentali previsti**.....in data.....

**Condizioni cliniche attuali**.....

**Problemi clinici aperti**.....

**Interventi previsti**.....in data.....

**Esami strum.li previsti**.....in data.....

**Progetto riabilitativo \***.....

**GOS** disabilità lieve  disabilità moderata  disabilità grave  stato vegetativo

**DRS** ...../29 **DRS categoria**...../10 **LCF** .....



<b>STATI MORBOSI PREGRESSI</b>
<b>Cardiopatie</b>
<b>Broncopneumopatie</b>
<b>Dist.endocrino-metabolici</b>
<b>Dist. Psichiatrici</b>
<b>Tabagismo</b>
<b>Abuso di sostanze    droghe []..... alcool []</b>
<b>Altro</b>

RESPIRAZIONE		ALIMENTAZIONE	CATETERE
Intubazione []		NPT/NE []	venoso centrale []
Tracheotomia []	Cannula cuffiata [] non cuffiata [] fenestrata[]	NPT []	venoso periferico []
Ventilazione	Spontanea senza O <sub>2</sub> []    con O <sub>2</sub> [] CPAP []    SIMV []    VC []	PEG []	vescicale continuo [] intermittente [] ogni.....ore
Divezzamento dal respiratore Impossibile []    Possibile []    In corso []		SNG []	
Ventilatore domiciliare []    Stimolatore diaframma []			
Atelettasie ricorrenti []		OS []	
Versamento pleurico []			

<b>ULCERE DA DECUBITO []</b>	<b>ALLERGIE []</b>
<b>Sede</b> .....	<b>Farmaci</b> .....
<b>Grading 1[] 2 [] 3 [] 4 []</b>	<b>Altro</b> .....

<b>INFEZIONI PREGRESSE []</b>	<b>INFEZIONI IN ATTO**[]</b>
<b>Polmone []    Vie urinarie []    Sepsi []</b>	<b>Polmone []    Vie urinarie []    Sepsi []</b>
<b>Altri distretti</b>	<b>Altri distretti</b>

\* In allegato la consulenza fisiatrice

\*\* In allegato le colture relative di non oltre 7 giorni precedenti la compilazione della griglia di EMO/URINO/BRONCO e referto RX torace.



**PROBLEMATICHE SOCIALI**

**I familiari sono stati presenti durante il ricovero?**.....

**Rete familiare di riferimento**

**padre**  **madre**  **sorella**  **fratello**  **coniuge**  **figli**

**Sono note o sono state rilevate problematiche familiari/relazionali/sociali?**

.....

**E' stato attivato il Servizio sociale ospedaliero? tel.**.....

**La situazione è già conosciuta/seguita dai servizi territoriali? tel.**.....

**Servizio Sociale**  **Sert**  **Salute mentale**

**Si conoscono problemi abitativi?**.....

.....

**Medico compilatore** ..... **Data** .....  
(timbro e firma)