

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. Scheda riferimenti territoriali (in caso di pazienti provenienti da extra regione Emilia Romagna);
- b. Relazione sociale con nominativo referente e recapiti (in caso di attivazione del Servizio sociale ospedaliero);
- c. Colture relative di non oltre 7 giorni precedenti la compilazione della griglia di EMO/URINO/BRONCO e referto RX torace (in caso di infezioni in atto);
- d. **Consulenza psichiatrica aggiornata** (in caso di grave problematica psichiatrica/gesto anticonservativo);
- e. **Consulenza oncologica aggiornata (in caso di patologie neoplastiche in atto).**

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,
- Copia degli 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
- Copia del referto di Tampone Rettale per la Ricerca di Enterobatteri Produttori Carbapenemasi

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 (obbligatoria) _____

Codice Fiscale _____ Peso corporeo Kg. _____ Altezza cm _____

Diagnosi _____

2. PROGNOSI RISERVATA

☐ SI ☐ NO Data dell'evento ____/____/____

3. EZIOLOGIA

- ☐ Traumatica Se traumatico indicare: ☐ Gesto anticonservativo
☐ Incidente sul lavoro/in itinere
☐ Incidente sportivo
☐ Incidente stradale
☐ Incidente di altra natura
- ☐ Vascolare ☐ Anossica
- ☐ Infettivo/inflammatoria ☐ Neoplastica ☐ Degenerativa
- ☐ Altro _____

4. LESIONE

- ☐ **Vertebro-midollare** Asia _____ Livello di lesione vertebrale _____
Stabilizzazione vertebrale ☐ NO ☐ SI _____
- ☐ **Cerebrale** **Danno cerebrale:** ☐ focale ☐ diffuso
GCS _____/15 durata coma _____
- ☐ **Craniotomia**
- ☐ **DVP**
- ☐ **DRS** _____/29 **LCF** _____
- ☐ **Altre lesioni** _____
- ☐ **Altri interventi chirurgici** _____

5. TC/RM

Effettuata in data ____/____/____ (Da allegare)

M060 rev.15 - data: 22-07-2026

Montecatone Rehabilitation Institute S.p.A.

Via Montecatone, 37 - 40026 Imola (BO) Italy

Tel. +39 0542.632811 - Fax +39 0542.632805

www.montecatone.com - info@montecatone.com

N. Registro delle imprese, P.IVA e Cod. Fisc. 01789031208 R.e.a. BO n. 388962

Capitale Sociale €4.644.000,00 i.v

Società sottoposta all'attività di direzione e coordinamento da parte dell'Azienda USL di Imola

6. ECODOPPLER

Eseguito: ☐ SI, Sintesi referto _____
☐ NO

7. UTILIZZO DI COLLARE CERVICALE ☐ Si ☐ NO

8. 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: _____

9. CONTROLLI STRUMENTALI E TERAPIE PARTICOLARI PREVISTI IN TEMPI BREVI

10. CONDIZIONI CLINICHE ATTUALI

11. PROBLEMI CLINICI APERTI

12. INTERVENTI PREVISTI _____ in data _____

13. TERAPIE IN CORSO

- AMINE ☐ SI ☐ NO
- ALTRE TERAPIE PARTICOLARI _____

14. STATI MORBOSI PREGRESSI

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

15. RAINKIN PREMORBOSA valore _____ (0-5)

- ☐ NESSUN SINTOMO ☐ NESSUNA DISABILITA'
- ☐ DISABILITA' LIEVE ☐ DISABILITA' MODERATA
- ☐ DISABILITA' MODERATAMENTE GRAVE ☐ DISABILITA' GRAVE

16. 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

Gestione Intestinale

- ☐ Evacuazione spontanea
☐ Induzione
☐ TAI

Ulcere da decubito

Sede	Grading ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ Non stadiabile
Sede	Grading ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ Non stadiabile
Sede	Grading ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ Non stadiabile

Allergie

- ☐ Farmaci _____
☐ Altro _____

Infezioni Pregresse (indicare sede e microrganismo)

Situazione infettiva:		
STATO	SEDE	MICRORGANISMO
☐ Colonizzazione	☐ Polmonare	
☐ Infezione	☐ Vie urinarie	
☐ Sepsi	☐ Sangue	
☐ Altro	☐ Altro	

17. 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 ☐ Caregiver
☐ Altro _____

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

18. LA SITUAZIONE È GIÀ CONOSCIUTA/SEGUITA DAI SERVIZI TERRITORIALI?

Se si compilare: informazione differibile se non disponibile al momento della richiesta

Nominativo	Telefono
☐ Servizio Sociale _____	_____
☐ SERT _____	_____
☐ Salute mentale _____	_____

19. CITTADINI DI NAZIONALITÀ STRANIERA

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

_____ fino a _____).

- ☐ STP

Data _____

Medico Compilatore _____

(timbro e firma)

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 - SCHEDA 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 _____