



### Ospedale "S. Cuore-Don Calabria"

Servizio di M. Fisica e Riabilitazione  
Riabilitazione Intensiva: UGC - Unità. Spinale  
U.O. di M. Fisica e R - Lungodegenza  
RSA di Cura e Riabilitazione con  
Speciale Unità di Accoglienza Permanente

Via Don Sempredoni 5, 37024 Negrar (VR)



### DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE OPERA DON CALABRIA NEGRAR-VERONA

Direttore: Dr. Renato Avesani  
TEL . +39 045 601.3914



### Centro Polifunzionale Don Calabria

Presidio di Riabilitazione Extraospedaliera  
Centro Medico Sociale "C. Santi"

Settore Adulti  
Servizio GCA

Via San Marco 121, 37138 Verona

#### Scheda di segnalazione con richiesta di accoglimento in

- |   |            |
|---|------------|
| <input type="checkbox"/> Unità Spinale              | ( cod. 28) |
| <input type="checkbox"/> Unità Gravi Cerebrolesioni | ( cod 75)  |
| <input type="checkbox"/> Unità M.Fisica e R.        | (cod 56)   |

Signor/a.....Nato/a a.....

il..... ULSS di residenza.....Regione.....

Reparto di degenza.....Ospedale.....

Nel caso di nazionalità straniera       iscritto al SSN       STP       privo di assistenza

Persona di riferimento.....tel.....

Evento acuto      Data .....Intervento N.CH. ( SI    NO) tipo.....

#### Necessità assistenziali

Tracheostomia	SI	NO
Sondino n.g./PEG	SI	NO
CVC	SI	NO
Lesioni da decubito	SI	NO
Esegue ordini	SI	NO
Agit. psicomotoria	SI	NO
Necessità O2 terapia	SI	NO
VAM permanente ( mielolesi)	SI	NO
Stafilococco A. Met.R	SI	NO
Enterococco VancoR	SI	NO
Pseudomonas MultiR	SI	NO
Craniectomia	SI	NO
DVP	SI	NO

mielolesione	livello .....	
grave cerebrolesione	GCS iniziale.....	
Traumatica	Vascolare	Anossica
Ictus non complicato		
Patologia ortopedica post chirurgica		
Altra patologia.....		
Disabilità pregresse	SI	No
Comorbilità rilevanti.....		
.....		

**Indicazione prognostica fornita al paziente e/o familiari**      SI    NO

In caso affermativo:

**indipendenza**       completa       con ausili / modificazioni ambientali  
**dipendenza**       lieve       moderata - grave       completa

Data .....

Il Medico (firma leggibile)

Recapiti del reparto richiedente Tel.....Fax.....e.mail.....

**INVIARE IL FAX al N° 0456013556**