



**Casa di Cura Istituzionalmente Accreditata
"Villa Verde – Prof. Dott. G. Verrienti" srl**

Via Monteroni 222 – Lecce 73100
Tel. 0832 224111 - Fax 0832 224141 - E-mail: info@villaverde.lecce.it

**Proposta di trasferimento nell'U.O. di Terapia Intensiva
per Gravi Cerebrolesioni Acquisite di paziente che necessita di
trattamento neuroriabilitativo in terapia intensiva**

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome e Nome _____

nat_ a _____ (____) il _____

residente a _____ in Via _____

Cittadinanza italiana: Si No Se Si, Codice Fiscale _____

Se No, documento in possesso _____

Ospedale e Reparto proponente il ricovero _____

Recapito Telefonico del Reparto _____

DATA E TIPO DI EVENTO ACUTO

Oggetto di referto: Si No Se Si, Prognosi sciolta Si No

INTERVENTI CHIRURGICI EFFETTUATI

LESIONI TRAUMATICHE NON CEREBRALI

PATOLOGIE CONCOMITANTI PRECEDENTI LA LESIONE CEREBRALE

Ipertensione arteriosa Cardiopatia ischemica Scompenso cardiaco BPCO
 Insufficienza renale Diabete mellito _____ _____

SITUAZIONE ATTUALE

Presenza di tracheostomia: Si No Respiro spontaneo da oltre 72 ore

Ventilazione meccanica continua Ventilazione meccanica periodica _____

Parametri emodinamici: Stabili Instabili _____ F. E. < 50% Si No

Aritmie cardiache _____

Stato settico in atto Si No _____

Infezioni (sede, germi in causa): _____

Nutrizione: Os PEG SNG Nutrizione enterale Nutrizione parenterale

Catetere Venoso Centrale PICC MIDLINE Altro: _____

Condizioni generali: Buone Discrete Scadenti Obesità Si No

Stato di coscienza: _____

Presenza di idrocefalo: Si No _____

Deficit motori: _____

Fratture vertebrali _____

Fratture arti _____

Decubiti (sede, grado EPUAP, dimensioni): _____

Esami ematochimici patologici: _____

TERAPIA IN CORSO

Data _____

MEDICO COMPILATORE
