

Si propone ricovero (inviare FAX al 0583549105 o mail villedinozzano@neomesia.com):

RIABILITAZIONE (programmato) ORDINARIO (programmato)

Per il Sig./Sig.ra _____

Nato/a il _____ a _____ residente in _____

Tel. _____ Codice fiscale _____

Ruolo	Nominativo	Recapito telefonico
Medico Proponente		
Medico Referente		
Infermiere Referente		
Assistente sociale		
Medico Medicina Gen.		

Diagnosi d'invio (classificazione ICD9) _____

Patologie organiche no si (indicare) _____

Uso di sostanze no si pregresso attuale tipo di sostanza/e _____

Agiti aggressivi no si auto-aggressivi pregressi attuali etero-aggressivi pregressi attuali

Rischio suicidario pregresso assente tentativi anticonservativi no si quando _____

Autosufficienza no si (se no specificare) _____

Posizione giuridica protetta: nessuna inabilitazione interdizione altro _____

amministrazione di sostegno (nominativo e tel) _____

Eventi avversi di natura farmacologia _____

Problematiche di natura sociale economica familiare legale di compliance altro: _____

Terapia in atto _____

Tp long acting (nome e dose)	ultima somministrazione	Intervallo somministrazione

Note particolari (e grado di urgenza) _____ Tempo di degenza previsto _____

Obiettivi attesi dal ricovero _____

Progetto alla dimissione rientro al domicilio struttura terapeutico-riabilitativa SERD CSM

altro _____

Data della prenotazione _____

Timbro e firma del Medico che effettua la prenotazione _____