



Direttore: Prof. Marco Monticone

**PROPOSTA RICOVERO PER GRAVE CEREBROLESIONE  
ACQUISITA**

Data \_\_\_\_\_

Sig \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

**CENNI ANAMNESTICI**

1) Diagnosi principale e data evento indice \_\_\_\_\_

2) Concomitanti condizioni morbose (compresi processi infettivi in atto) \_\_\_\_\_

3) Condizioni generali: buone  discrete  scadenti  altezza: \_\_\_\_\_ peso \_\_\_\_\_4) Accessi vascolari: CVC  PICC/Medline  CVP  Altro 5) Alimentazione: OS  SNG  PEG  Parenterale 6) Cannula tracheostomica: SI  NO  (eventuali specifiche: \_\_\_\_\_)7) Necessità di ossigeno terapia: SI  NO 8) Catetere vescicale a dimora: SI  NO  (data ultima sostituzione \_\_\_\_\_)9) Alvo Spontaneo: SI  NO 

10) Trofismo cutaneo (piaghe da decubito, sede e grado) \_\_\_\_\_

11) Agitazione psicomotoria: SI  NO 12) Spasticità: SI  NO  13) Mantiene la stazione seduta: SI  NO 14) Previsione di Intervento chirurgico nel breve/medio termine: SI  NO  (indicare quale e data prevista) \_\_\_\_\_

15) Terapia in atto \_\_\_\_\_

16) Altro da segnalare (incluse problematiche sociali) \_\_\_\_\_

17) Il paziente soddisfa i criteri di trasferibilità allegati: SI  NO 

Il Medico proponente (timbro e firma) \_\_\_\_\_



AO Brotzu

**Struttura Complessa  
NEURORIABILITAZIONE**



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

**Direttore: Prof. Marco Monticone**

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

**SCHEDA AGGIUNTIVA PER SINDROME POST-COMATOSA**  
(da compilare esclusivamente se il paziente ha avuto un episodio di coma)

Data inizio coma \_\_\_\_\_ sino al \_\_\_\_\_ GCS iniziale \_\_\_\_\_

**COSCIENZA:**

Il paziente fissa e segue con lo sguardo? SI  NO

Il paziente esegue ordini? SI  NO

Il paziente muove spontaneamente uno o più arti? SI  NO

Il paziente è in postura di decorticazione o decerebrazione? SI  NO

Il paziente presente agitazione psico-motoria? SI  NO

Il paziente si alimenta per os? SI  NO

Il paziente presenta frequenti ipertemie e/o infezioni ricorrenti SI  NO

Il paziente presenta alterazioni del ritmo cardiaco SI  NO

Il Medico proponente (timbro e firma) \_\_\_\_\_