



Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Residenza: Città _____ Via _____ Tel. _____

Se extracomunitario: numero STP _____ I.N.A.I.L. SI NO

Ospedale _____ reparto _____

Tel. _____ Fax _____

Numeri di riferimento dei familiari: _____

Medico curante : _____

Livello neurologico della lesione: _____

Data d'insorgenza della lesione midollare _____

Etiologia: incidente auto incidente moto caduta dall'alto tuffo
altro trauma _____
vascolare infettivo/infiammatoria neoplastica degenerativa

Vertebre lesionate: _____

Chirurgia vertebrale: SI NO Tipo: _____
eseguita in data: _____

Protocollo NASCIS: SI NO

Lesioni associate

Testa e collo _____

Apparato respiratorio _____

Apparato cardio-circolatorio _____

Apparato osteoartromuscolare _____

Apparato gastroenterico _____

Interventi chirurgici _____



Condizioni cliniche attuali:

Neurologiche

Livello di lesione AIS _____ FRANKEL _____

Stato di coscienza: GCS _____

Disturbi comportamentali: _____

Deficit nervi cranici NO SI specificare quali _____

Dolore: NO SI sede _____

Spasticità: NO SI

Respiratorie

Respiro spontaneo NO SI dal _____

Ventilazione meccanica NO SI se si: weaning NO SI

NIV NO SI modalità _____

Ossigeno terapia: NO SI Lt/min _____

Devices

Catetere venoso centrale sede _____ dal _____ periferico

Catetere arterioso sede _____ dal _____

Cannula tracheostomica n° _____ dal _____

Drenaggio toracico NO SI

Catetere vescicale NO SI

PEG SI NO

SNG SI NO

Altri drenaggi _____

Esami diagnostici (indicare distretto, data e allegare referto)

Radiografia: _____

TAC: _____

Ecocolordoppler: _____

Ecografia: _____

RMN: _____

Esami microbiologici: _____



Altri esami: _____

Complicanze insorte durante ricovero

Alterazioni metaboliche _____

Alterazioni del bilancio idroelettrolitico _____

Insufficienze d'organo _____

Alterazioni del sistema emopoietico _____

Lesioni cutanee da pressione sede _____ grado _____

Trombosi venose sede _____

Infezioni: _____

Terapia

Endovenosa _____

Orale _____

Note

Il medico proponente dichiara formalmente che le informazioni contenute nel presente modulo corrispondono a verità.

Data.....

Firma del Medico

.....

La scheda, compilata integralmente, deve essere inviata al numero di fax 055.794.8526

Per eventuali chiarimenti siamo a disposizione dei colleghi ai seguenti numeri:
055.794.8349, 055.794.8146; 055.794.8372.