

|                                                                                                                                              |                                                                           |  |                     |                |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|----------------|--|
| <br>ACCREDITATA<br>CON IL SERVIZIO<br>SANITARIO<br>REGIONALE | Fisioterapia<br><b>PROPOSTA DI PERCORSO RIABILITATIVO<br/>INDIVIDUALE</b> |  | Mod. 0461           | Pag. 1 di 1    |  |
|                                                                                                                                              |                                                                           |  | Parola chiave: PPRI |                |  |
|                                                                                                                                              |                                                                           |  | Rev. 01             | del 10/01/2024 |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Paziente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CF                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
| Residenza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Telefono                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
| Luogo e data nascita                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |                                            | Care Giver                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
| Attuale collocazione Paziente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |                                            | In Trattamento riabilitativo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
| Codice HSP11 + bis: 010632 00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |                                            | Cod. Reparto Acuzie:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
| N. SDO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |                                            | Data di ricovero:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
| Intervento:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |                                            | Data intervento:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
| Diagnosi SDO di acuzie:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
| Anamnesi significativa ed esame funzionale: (comprensiva del grado di autonomia e del bisogno assistenziale pre evento attuale)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> reparto acuti<br><input type="checkbox"/> lungodegenza<br><input type="checkbox"/> Cod. 75<br><input type="checkbox"/> Cod. 28<br><input type="checkbox"/> Cod. 56 Livello II<br><input type="checkbox"/> Cod. 56 Livello I<br><input type="checkbox"/> DH Riab.<br><input type="checkbox"/> Ambul. RRF<br><input type="checkbox"/> Residen. Socio san.<br><input type="checkbox"/> Domicilio |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
| ALLERGIE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
| Analisi dei bisogni infermieristico-assistenziali                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |                                            | Descrizione del grado di autonomia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
| Cute (decubiti)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (specificare)                                                            |                                                                                                                                          |                                            | GRADO AUTONOMIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI                                                                                                      | PARZ.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |
| Respirazione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Spontanea <input type="checkbox"/> Cannula <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> V. MEC. |                                                                                                                                          |                                            | Cura di sé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |
| Alimentazione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> P. os <input type="checkbox"/> Sondino <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> CVC        |                                                                                                                                          |                                            | Controllo sfinterico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |
| Catetere vescicale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (specificare)                                                            |                                                                                                                                          |                                            | Controllo del tronco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |
| Gessi, valve, FEA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (specificare)                                                            |                                                                                                                                          |                                            | Mobilità a letto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |
| Carico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Parziale <input type="checkbox"/> Totale                                    |                                                                                                                                          |                                            | Mob. trasferimenti                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |
| Dialisi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI                                                                          |                                                                                                                                          | Disfagia                                   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Cammino                                                                                                 | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |
| Analisi in uso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (specificare)                                                            |                                                                                                                                          |                                            | Comunicazione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |
| Problematiche sociali                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (specificare)                                                            |                                                                                                                                          |                                            | Collabor/partecipaz                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |
| Terapia in corso:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |                                            | Toll. Tratt. Riab.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |                                            | Altro (compr. farmaci)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |                                            | <input type="checkbox"/> Barthel index attuale= /100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |                                            | <input type="checkbox"/> RANKIN (0-5) =                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |                                            | Cod. Disabilità 1-6:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
| Bisogni clinico-internistici <input type="checkbox"/> elevati <input type="checkbox"/> medi <input type="checkbox"/> bassi <input type="checkbox"/> assenti<br>Bisogni assistenziali <input type="checkbox"/> elevati <input type="checkbox"/> medi <input type="checkbox"/> bassi <input type="checkbox"/> assenti<br>Bisogni riabilitativi <input type="checkbox"/> elevati <input type="checkbox"/> medi <input type="checkbox"/> bassi <input type="checkbox"/> assenti |                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |                                            | Recupero funzione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                         | Setting appropriato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |                                            | <input type="checkbox"/> Motoria (compreso recupero della tolleranza allo sforzo)<br><input type="checkbox"/> Cardio/respiratoria<br><input type="checkbox"/> Cognitiva<br><input type="checkbox"/> Comunicativa<br><input type="checkbox"/> Sensoriale<br><input type="checkbox"/> Alimentazione<br><input type="checkbox"/> Ausili<br><input type="checkbox"/> Altro |                                                                                                         | <input type="checkbox"/> reparto acuti<br><input type="checkbox"/> lungodegenza<br><input type="checkbox"/> cod. 75<br><input type="checkbox"/> cod. 28<br><input type="checkbox"/> cod. 56 II livello<br><input type="checkbox"/> cod. 56 I livello<br><input type="checkbox"/> DH Riab.<br><input type="checkbox"/> Ambul. RRF<br><input type="checkbox"/> residen. Socio san.<br><input type="checkbox"/> cure domiciliari<br><input type="checkbox"/> non indicazioni al trattamento riabilitativo |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |                                            | Sintesi del Progetto Riabilitativo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
| Gradiente di modificabilità della disabilità (prognosi funzionale)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> elevati <input type="checkbox"/> medio<br><input type="checkbox"/> basso <input type="checkbox"/> da rivalutare | Tempi previsti per la realizzazione (s.c.) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | TIMBRO E FIRMA DEL DIRETTORE SANITARIO (struttura inviante)<br><br>Data prevista per cambio di setting: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
| MEDICO PROPONENTE (Timbro e firma)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                  | DATA                                                                                                                                     |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                      |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| informazioni@ccbra.it                                                                                                                                                                                                                                                                | www.ccbra.it |
| Casa di Cura Privata "Città di Bra" Via Montenero 1 - 12042 Bra (Cn) Tel. 0172.472400 Fax 0172.44542<br>Documento di proprietà della Casa di Cura "Città di Bra" - Clinica Privata Accreditata.<br>È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta. |              |