

PROPOSTA DI RICOVERO DAY HOSPITAL RIABILITATIVO CARDIOLOGICO

Sig./Sig.ra
 (Cognome) (Nome)
 nat..... a(.....) il domiciliat..... a(.....)
 via..... nr..... tel/cell.....
 Attività lavorativa..... stato civile..... documento.....
 N. iscrizione S.S.N.....

CENNI SULL’ANAMNESI E SULLE ATTUALI CONDIZIONI CLINICHE

Diagnosi di natura e sede della malattia che giustifica il ricovero:

Data dell’inizio della malattia sopra indicata:.....

- | | | |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Cardiopatia Ischemica | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 2. Rivascularizzazione Miocardica | <input type="checkbox"/> Angio | <input type="checkbox"/> Bypass A.C. |
| 3. Valvulopatia | <input type="checkbox"/> Sostituzione | <input type="checkbox"/> Plastica |
| 4. Vasculopatia arti inferiori | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 5. AOCP (Arteriopatia obliterante cronica periferica) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 6. Ipertensione arteriosa | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 7. Scompenso Cardiaco | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 8. Impianto di Devices PM ICD | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 9. Trapiantato cardiaco | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

9. Terapia in atto:.....

10. Precedenti ricoveri:.....

Indagini strumentali prodotte:

Informazioni ricevute da :
 Informazioni registrate da:

IL MEDICO PROPONENTE
 (timbro, firma ed eventuale qualifica)

.....

(parte riservata alla casa di cura Clinic Center S.p.A.)

Osservazioni e proposte:.....

Parere favorevole
 negativo Motivazione dell’eventuale parere negativo:.....
 a visita

Napoli, li' ___/___/___

Il Medico di Accettazione

.....