

MODULO 1	RICOVERO – PRESA IN CARICO	Cod. ROG26/1.1 Rev.02 del 30.06.2025
-----------------	-----------------------------------	---

DATA INGRESSO _____ ORE _____

 UTENTE: _____ Data di nascita _____ M ☐ F ☐

 VALUTAZIONE UVI ☐ SI ☐ NO VALUTAZIONE CDCD ☐ SI ☐ NO

 TIPO DI RICOVERO ☐ Programmato ☐ Urgente ☐ Privato ☐ Convenzionato AST ☐

 PROVENIENZA DA ☐ Proprio domicilio ☐ Altra struttura socio-sanitaria ☐ Dimissione Ospedale

 ACCOMPAGNATO DA ☐ Familiare ☐ Tutore/ADS ☐ Altro: _____

 CONDIZIONI ALL'INGRESSO ☐ Autonomo ☐ In carrozzina ☐ In barella-allettato

 Tampone COVID-19 ☐ SI | ☐ NO ☐ Negativo

MMG pre ricovero (Nominativo) _____	Studio medico _____	Recapiti telefonici _____
MMG post ricovero (Nominativo) _____	Studio medico _____	Recapiti telefonici _____

DIAGNOSI DI INGRESSO

Patologia prevalente: _____
Patologia secondaria 1: _____
Patologia secondaria 2: _____
Patologia secondaria 3: _____

 PARAMETRI PRESA IN CARICO: ☐ F.C. _____ b/min. ☐ T.C _____ °C ☐ P.A. _____ / _____ mmHg
☐ F.R. _____ atti/min. ☐ SatO2 _____ ☐ Altro: _____

 PRESENZA LESIONI DA DECUBITO: ☐ SI ☐ NO Se SI Grado: _____ Posizione: _____

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO

FARMACO (principio attivo)	DOSAGGIO	ORARI somministrazione	FARMACO (principio attivo)	DOSAGGIO	ORARI somministrazione

 OPPURE ☐ allegata prescrizione terapia farmacologica del M.M.G

DOCUMENTAZIONE CLINICA:

1) _____	5) _____
2) _____	6) _____
3) _____	7) _____
4) _____	8) _____

SCALE DI VALUTAZIONE SOMMINISTRATE: _____

Infermiere compilatore (nominativo): _____ FIRMA _____