

SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA

Cognome	Nome
Luogo	Data di nascita

IL/LA PAZIENTE È A DOMICILIO

IL/LA PAZIENTE È PRESSO UNA STRUTTURA SOCIO-SANITARIA
SPECIFICARE _____ DAL ____/____/____

IL/LA PAZIENTE È PRESSO UNA STRUTTURA SANITARIA
(OSPEDALE, CASA DI CURA, CAVS, ...)
SPECIFICARE _____ DAL ____/____/____

la scheda informativa è stata compilata con il supporto delle informazioni presenti nella documentazione della Struttura Sanitaria

la scheda informativa è stata compilata senza il supporto delle informazioni presenti nella documentazione della Struttura Sanitaria

Sintesi clinico-anamnestica con particolare riferimento alle patologie invalidanti:

Terapia in atto:

CONDIZIONI ATTUALI

DEFICIT SENSORIALI:

- grave deficit visivo (anche con correzione)
- grave deficit uditivo (anche con correzione)

Nota

DEAMBULAZIONE:

- normale
- cammina con aiuto o assistenza
- presenta rischio di caduta
- costretto a letto, poltrona o carrozzella

Nota

INCONTINENZA si no

- Urinaria saltuaria permanente
- Fecale saltuaria permanente
- Catetere vescicale

Nota

ALIMENTAZIONE

- autonoma
- deve essere imboccato
- presenta disfagia

Presenza di magrezza patologica si no
Presenza di obesità patologica si no

Nota

ALLERGIE

TRATTAMENTI SPECIALISTICI

Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
SNG/PEG	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Tracheostomia	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Respiratorie/Ventilazione assistita	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Dialisi	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Ulcere da decubito	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Gestione stomia (colon o altre)	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Trattamenti ulcere cutanee (non da pressione)	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Gestione C.V.C.	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Gestione terapia con microinfusori/elastomeri	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Gestione cateterismo peridurale	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Drenaggi	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Trattamento riabilitativo post acuto	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no

Altro (specificare)

OSSERVAZIONI

Data di compilazione

_ / _ / _

Timbro e firma leggibile
MMG/Medico Curante

DISTURBI MOTORI

Paralisi / paresi di _____

Instabilità motoria si no
Deficit equilibrio si no
Tendenza alle cadute si no

Nota _____

VALUTAZIONE PSICO-RELAZIONALE

Disturbi importanti della memoria si no
Orientamento temporo/spaziale normale patologico
se patologico
Episodi di disorientamento t/s si no
Disorientamento costante si no
Disturbi della parola si no
Disturbi della comunicazione si no

Note _____

DISTURBI DEL COMPORTEMENTO

Aggressività verbale si no
Pone domande ripetitivamente si no
Si sente ansioso, agitato, preoccupato, costantemente inquieto si no
Allucinazioni/deliri si no
Attività motoria finalistica (wandering, fughe) si no
Aggressività fisica si no
Comportamento socialmente inadeguato/disinibizione si no
Alterazione severa del ritmo sonno veglia/insonnia grave si no
Rifiuto dell'assistenza si no
Comportamento alimentare gravemente alterato si no

Note _____

Utilizzo di psicofarmaci (specificare) _____

TONO DELL'UMORE

normale

depresso

euforico

Ha assunto terapie antidepressive nell'ultimo anno si no
Sta assumendo terapie antidepressive si no

Note _____