

## SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO I CDI ATS DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1-7 (MILANO E AREA NORD)

La scheda sanitaria di ingresso è valida per l'inserimento in tutti i Centri Diurni Integrati ubicati nel territorio di Milano e Area Nord (Distretti 1 – 7). Il suo obiettivo è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo delle condizioni cliniche del Suo assistito al fine di valutare l'idoneità di inserimento presso il CDI.

La scheda sanitaria deve essere compilata in maniera completa e leggibile.

**Cognome e Nome** .....

**Data di nascita** ..... / ..... / .....      **luogo di nascita** .....

### QUADRO CLINICO

PATOLOGIE PRINCIPALI

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MALATTIE INFETTIVE CONTAGIOSE (IN ATTO)

.....

.....

INTERVENTI CHIRURGICI PREGRESSI

.....

.....

RICOVERI OSPEDALIERI E RIABILITATIVI (NEGLI ULTIMI 12 MESI)

.....

.....

**ASPETTI CLINICO – FUNZIONALI**      (\* È possibile barrare più caselle)

Autonomia nel movimento*	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento <input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante per la deambulazione <input type="checkbox"/> necessita di aiuto per la mobilizzazione in carrozzina/poltrona <input type="checkbox"/> necessita dell'uso del sollevatore
Utilizzo ausili per la deambulazione*	<input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> deambulatore / girello <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> altro.....
Incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

Incontinenza fecale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Stomia, sede:.....
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> continua <input type="checkbox"/> discontinua
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede: .....Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV Sede: .....Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
Altre lesioni cutanee (incluse ferite chirurgiche)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede: .....

Cadute ricorrenti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Specificare: .....
-------------------	---

### DEFICIT SENSORIALI

Ipovisus/cecità	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Specificare: .....
Ipoacusia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Corretta con protesi

### DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

Deficit di memoria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Disorientamento <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: .....	
Crisi d'ansia / attacchi di panico	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Deflessione del tono dell'umore <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Deliri	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Allucinazioni <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Aggressività	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> verbale	
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia	
Wandering (cammino afinalistico) /affaccendamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tentativi di allontanamento inconsapevole /tentativo di fuga <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: .....	
Etilismo/potus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso	
Abuso/dipendenza da sostanze:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso Di che tipo: .....	
Tentato suicidio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: indicare la data: ...../...../.....	
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: .....	
Eventuali note e osservazioni: .....		

**PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE**

Autonomia nell'alimentazione	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.) <input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante nell'alimentarsi /necessita di imboccamento	
Edentulia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:    Protesi: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore Scheletrato: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore	
Rifiuto del cibo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
Disfagia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cibi frullati o omogeneizzati <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Dieta specifica	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: .....	
Peso corporeo: ..... kg	Altezza: ..... cm	
Eventuali note e osservazioni: .....		
.....		

Allergie	<input type="checkbox"/> non note <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: .....
----------	---

**TERAPIA**

- Non assume terapia farmacologica  
 Terapia in atto ed orari di somministrazione:

NOME FARMACO	DOSAGGIO	QUANTITÀ	TIPO	ORARIO DI ASSUNZIONE

**EVENTUALI TERAPIE OCCASIONALI/AL BISOGNO (SPECIFICARE L'INDICAZIONE)**

.....  
.....  
.....  
.....

**ALTRI TRATTAMENTI TERAPEUTICI E/O EVENTUALI APPROFONDIMENTI:**

.....  
.....  
.....  
.....

<p>Nome e Cognome medico curante: .....</p> <p>Recapito ..... ..... ..... .....</p> <p>tel. diretto..... .....</p> <p>fax .....</p> <p>e-mail diretta: .....@.....</p>	<p>Timbro e firma del medico curante</p>
--	--

Data di compilazione: ..... / ..... / 20.....