

COGNOME E NOME _____

NATO/A A _____ (____) IL _____ Età _____

RESIDENTE IN VIA _____ A _____

Luogo di provenienza: Domicilio
Ospedale _____
R.S.A. _____

Eventuali Segnalazioni

Anamnesi patologica Remota:

C.I.C. SI NO I.M.A. SI NO Angina SI NO Pace-Maker SI NO

Demenza senile: SI NO

Diabete: SI NO

Epilessia: SI NO data ultima crisi __/__/____

Epatopatie SI NO Epatite tipo __

Neoplasie SI NO

quali _____

Ictus pregresso SI NO Paresi residue SI NO

quali _____

M.bo di Parkinson SI NO

Nefropatie SI NO

quali _____

BPCO SI NO

Asma bronchiale SI NO

Psicosi SI NO

quali _____

Tentati suicidi SI NO Data _____

Ricovero reparto psichiatrico SI NO Data _____

Malattie infettive e contagiose SI NO quali _____

Etilismo SI NO

Terapia in atto:

Altro: _____

INDICE DI VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE

Condizioni generali di salute

Buona salute, non necessita di assistenza medico/infermieristica	<input type="checkbox"/>	
Necessita saltuariamente di assistenza medico/infermieristica	<input type="checkbox"/>	
Necessita di supervisione nell'assunzione di medicinali	<input type="checkbox"/>	
Necessita settimanalmente di assistenza medico/infermieristica	<input type="checkbox"/>	
Necessita quotidianamente di assistenza medico/infermieristica	<input type="checkbox"/>	

Capacita' di movimento

Uso carrozzina

Cammina autonomamente	<input type="checkbox"/>		E' dipendente per la locomozione	<input type="checkbox"/>
Cammina con bastone o altro supporto	<input type="checkbox"/>		Per muoversi in carrozzina necessita di assistenza	<input type="checkbox"/>
Cammina con l'aiuto di un'altra persona	<input type="checkbox"/>		E' necessaria una persona per i movimenti più complessi	<input type="checkbox"/>
Seduto in carrozzina	<input type="checkbox"/>		Percorre autonomamente percorsi piani	<input type="checkbox"/>
Allettato	<input type="checkbox"/>		E' autonomo per la locomozione	<input type="checkbox"/>

Orientamento spazio-temporale

Stato mentale

Completamente orientato	<input type="checkbox"/>		Parla e comprende	<input type="checkbox"/>
Parzialmente orientato	<input type="checkbox"/>		Comprende soltanto	<input type="checkbox"/>
Frequentemente disorientato	<input type="checkbox"/>		Non comprende	<input type="checkbox"/>
Disorientato	<input type="checkbox"/>		Irrequieto	<input type="checkbox"/>
			Comportamento aggressivo	<input type="checkbox"/>

Igiene personale

Alimentazione

Autonomia e sufficienza completa	<input type="checkbox"/>		Indipendente	<input type="checkbox"/>
Necessita di assistenza minima	<input type="checkbox"/>		Mangia da solo pasti preparati	<input type="checkbox"/>
Necessita di aiuto e/o supervisione	<input type="checkbox"/>		Collabora ma necessita di assistenza	<input type="checkbox"/>
Deve essere completamente assistito	<input type="checkbox"/>		Deve essere imboccato ed è totalmente dipendente	<input type="checkbox"/>

Incontinenza

Piaghe da decubito

posizione

Controllo completo	<input type="checkbox"/>		Assenti	<input type="checkbox"/>
Incontinenza urinaria saltuaria	<input type="checkbox"/>		Superficiali (1° e 2° stadio)	<input type="checkbox"/>
Incontinenza urinaria abituale	<input type="checkbox"/>		Profonde (3° stadio)	<input type="checkbox"/>
Portatore di catetere vescicale	<input type="checkbox"/>		Necrotiche e profonde (4° stadio)	<input type="checkbox"/>
Incontinenza fecale saltuaria	<input type="checkbox"/>			
Incontinenza doppia completa	<input type="checkbox"/>			

ESAMI DA EFFETTUARE PRIMA DELL'INGRESSO:

- Emocromo
- Glicemia
- Azotemia
- Creatinina
- Elettroforesi
- Elettroliti
- Markers epatite
- G6PDH
- AST
- ALT

In alternativa, prima dell'ingresso, farsi prescrivere dal proprio medico curante gli esami sopra elencati.

ULTIMI ESAMI EFFETTUATI:

- Rx Torace
- ECG

DIAGNOSI:

DATA: ___/___/___

Timbro e firma Medico Curante

SPAZIO RISERVATO ALLA STRUTTURA

Costo Farmaceutico

Mobilità e Autonomia

ALTO	1	Dipendente	1
------	---	------------	---

MEDIO	2	Con aiuto	2
BASSO	3	Autonomo	3

Assistenza

OSS

Infermieristica

Medica

IMPEGNATIVA	1	IMPEGNATIVA	1	IMPEGNATIVA	1
NORMALE	2	NORMALE	2	NORMALE	2
LEGGERA	3	LEGGERA	3	LEGGERA	3

Totale: _____

OSPITE ACCETTATO **SI** **NO**

Note:

Firma Direttore Sanitario:

Data
