

SCHEDA ASSISTENZIALE

(da compilare da parte di chi assiste la persona)

Nome dell'assistito

TRASFERIMENTO LETTO/SEDIA E VICEVERSA

- ☐ Necessarie due persone per il trasferimento con o senza sollevatore meccanico
- ☐ Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona
- ☐ Necessaria la collaborazione di una persona per una o più fasi del trasferimento
- ☐ Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia
- ☐ È indispensabile

DEAMBULAZIONE

- ☐ Dipendenza rispetto alla locomozione
- ☐ Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
- ☐ Necessaria l'aiuto di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
- ☐ Autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto
- ☐ Cammina senza aiuto

LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE

- ☐ Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
- ☐ Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
- ☐ Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto ecc.
- ☐ Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessita di assistenza per i tratti difficoltosi
- ☐ Autonomo, è in grado di girare intorno agli spigoli, su sé stesso, di accostarsi al tavolo; è in grado di percorrere almeno 50 metri

IGIENE PERSONALE

- ☐ Incapace di provvedere all'igiene personale, dipende sotto tutti gli aspetti
- ☐ Necessita di assistenza in tutte le circostanze dell'igiene personale
- ☐ Necessita di assistenza per una o più circostanze dell'igiene personale
- ☐ È in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire
- ☐ È capace di lavarsi mani e viso, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi.

ALIMENTAZIONE

- ☐ Deve essere imboccato
- ☐ Riesce a manipolare una posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
- ☐ Riesce ad alimentarsi sotto supervisione; l'assistenza è limitata ai gesti più complicati.
- ☐ Paziente indipendente nel mangiare salvo che in operazioni quali tagliare la carne, aprire confezioni, ecc. La presenza di un'altra persona non è indispensabile
- ☐ Totale indipendenza nel mangiare

CONFUSIONE

- ☐ È completamente confuso, così che sono compromesse le capacità di comunicazione e le attività cognitive
- ☐ È chiaramente confuso e non si comporta in determinate situazioni come dovrebbe
- ☐ Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
- ☐ È in grado di pensare chiaramente

IRRITABILITÀ

- ☐ Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- ☐ Uno stimolo esterno che non dovrebbe essere provocatorio produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare
- ☐ Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete
- ☐ Non mostra segni di irritabilità, è calmo

IRREQUIETEZZA

- ☐ Cammina avanti e indietro incessantemente: è incapace di stare fermo persino per brevi periodi
- ☐ Appare chiaramente irrequieto: non riesce a stare seduto e/o tocca gli oggetti, si muove continuamente durante la conversazione
- ☐ Mostra ogni tanto segni di irrequietezza
- ☐ Non mostra segni di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

ALTRE SEGNALAZIONI

☐ Incontinenza:

- ☐ Assente
- ☐ Solo urinaria
- ☐ Solo fecale
- ☐ Doppia

☐ Gestione incontinenza:

- ☐ Presidi assorbenti
- ☐ Ano artificiale
- ☐ Catetere

☐ Ausili per il movimento:

- ☐ Bastone/deambulatore
- ☐ Carrozzina
- ☐ Nessuno

Il compilatore:

Cognome _____ Nome _____

in qualità di _____

Data _____

Firma _____

RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE

Cognome e Nome assistito _____ Data di nascita _____

LEGENDA

A: assente; **L:** lieve- trattamento facoltativo; prognosi eccellente; **M:** moderata – trattamento necessario; prognosi buona; **G:** è invalidante – trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata; **MG:** molto grave – trattamento di emergenza; può essere letale; prognosi grave.

AREA

(barrare la casella che interessa come da legenda)

GRAVITÀ

PATOLOGIE CARDIACHE	A	L	M	G	MG
---------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi _____

IPERTENSIONE (si valuta la severità)	A	L	M	G	MG
--------------------------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi _____

APPARATO VASCOLARE (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi _____

APPARATO RESPIRATORIO	A	L	M	G	MG
-----------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi _____

OCCHI/ORL (orecchio, naso, gola, laringe)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi _____

APPARATO DIGERENTE SUPERIORE (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi _____

APPARATO DIGERENTE INFERIORE (intestino ernie; segnalare anche stipsi ed incontinenza fecale)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi _____

FEGATO	A	L	M	G	MG
--------	---	---	---	---	----

Diagnosi _____

RENE	A	L	M	G	MG
------	---	---	---	---	----

Diagnosi _____

APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE (segnalare anche le ulcere di decubito)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi _____

PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non include la demenza)	A	L	M	G	MG
--	---	---	---	---	----

Diagnosi _____

PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO (diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi _____

STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE (demenza, depressione, psicosi, disturbi del comportamento)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi _____

MALATTIE DEL SANGUE	A	L	M	G	MG
---------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi _____

MALATTIE APPARATO UROGENITALE	A	L	M	G	MG
-------------------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi _____

MALATTIE DERMATOLOGICHE	A	L	M	G	MG
-------------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi _____

ALLERGIE	A	L	M	G	MG
----------	---	---	---	---	----

Diagnosi _____

ALTRE MALATTIE IN ATTO (specificare)	A	L	M	G	MG
--------------------------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi _____

ALTRI PROBLEMI CLINICI

DESCRIZIONE	NO	SI	Se SI indicare:
LESIONE DA DECUBITO			Sede: Stadio:
DIALISI			Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi:
INSUFFICIENZA RESPIRATORIA			Ossigenoterapia: Ventilatore: Durata orario ossigenoterapia:
ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE			SNG: PEG: Parenterale totale:
GESTIONE INCONTINENZA			Presidi assorbenti: Ano artificiale: Catetere vescicole: Tipo catetere:
AUSILI PER IL MOVIMENTO			Bastone e/o deambulatore: Carrozzina:
PROTESI			Dentale: Acustica: Occhiali: Altro:
DISORIENTAMENTO TEMPO/SPAZIO			Note:
VAGABONDAGGIO			Note:
AGITAZIONE PSICO-MOTORIA			Note:
INVERSIONE RITMO SONNO-SVEGLIA			Note:
STATO NUTRIZIONALE INSODDISFACENTE			Obesità: Sottopeso:
ALLERGIE A FARMACI			Specifica:
ALLERGIE AD ALIMENTI			Specifica:

TERAPIA IN ATTO

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Si certifica che l'Ospite _____ nat__ a _____ non è
affett__ da malattie infettive contagiose in atto e non presenta turbe psico-fisiche tali da non
consentire la vita in comunità.

Recapito telefonico del Medico _____

Data

Timbro e firma del Medico
