

Gent.mo Medico Curante,
per permetterci di offrire la migliore assistenza, Le saremmo grati se potesse trasmetterci le informazioni che seguono riguardante il Suo assistito, futuro ospite del Centro Servizi.

RingraziandoLa per la gentile collaborazione, Le porgiamo cordiali saluti

Rossella Salbego - Ufficio Accoglienza

Questionario Medico di sig./ra _____

NATO/A _____ IL ____/____/____

Compilato dal dott./dott.ssa _____ nr tel./cell. _____

e-mail _____

con Ambulatorio sito in via _____ nr tel. _____

nei seguenti giorni e orari _____

CIRS – CUMULATIVE ILLNESS RATING SCALE	1 assente	2 lieve	3 moderato	4 grave	5 molto grave
PATOLOGIE CARDIACHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IPERTENSIONE ARTERIOSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PATOLOGIE VASCOLARI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PATOLOGIE RESPIRATORIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PATOLOGIE: VISTA, UDITO, NASO, GOLA, LARINGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PATOLOGIE APPARATO GASTROENTERICO SUPERIORE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PATOLOGIE APPARATO GASTROENTERICO INFERIORE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PATOLOGIE EPATICHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PATOLOGIE RENALI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTRE PATOLOGIE GENITO-URINARIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PATOLOGIE SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E CUTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PATOLOGIE NEUROLOGICHE CENTRALI E PERIFERICHE (ESCLUSE DEMENZE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PATOLOGIE ENDOCRINO-METABOLICHE (INCLUSO DIABETE, INFEZIONI, SEPSI E STATI TOSSICI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PATOLOGIE PSICHIATRICO – COMPORTAMENTALI (INCLUDE LE DEMENZE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIAGNOSI: _____

VACCINAZIONE SARS-COV2 DATA ULTIMA DOSE _____ DATA SOLO 1^a DOSE _____

GUARITO/A DA SARS-COV2 DAL _____

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO per Ospiti del Centro Diurno
 indicare SOLO farmaci assunti dalle ore 10 alle ore 16

FARMACO	DOSE	ORARI

COGNITIVITÀ E COMPORTAMENTO

CONFUSIONE

- completamente confuso, la personalità è destrutturata
- presenta episodi confusionali
- è orientato nello spazio e tempo ma appare dubbioso
- è lucido e orientato

IRREQUIETEZZA

- deambula costantemente senza fermarsi
- appare irrequieto non riuscendo a mantenere la posizione seduta e si alza durante la conversazione
- risulta sporadicamente irrequieto
- non mostra irrequietezza

IRRITABILITA'

- qualsiasi situazione può scatenare irritabilità (episodi di agitazione psicomotoria)
- stimoli esterni che non dovrebbero essere provocatori producono spesso irritabilità
- mostra ogni tanto irritabilità
- è calmo

NECESSITA DI AUSILI NO SI

- CARROZZINA
- DEAMBULATORE
- MATERASSO ANTIDECUBITO
- ALTRO

NECESSITÀ DI PRESIDIO DI PROTEZIONE

- NO
- SI

FASCIA ADDOMINALE PER POSIZIONE DA SEDUTA

FASCIA PELVICA PER POSIZIONE DA SEDUTA

DIVARICATORE INGUINALE

TAVOLINO PER CARROZZINA

MANOPOLE

SPONDINE AL LETTO

TUTONE

CONSISTENZA DIETA

- LIBERA/SOLIDA
- MORBIDA
- FRULLATA

LIQUIDI

- LIBERI
- ADDENSATI

Data _____

Medico Curante (Timbro e Firma) _____