

**SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ luogo di nascita \_\_\_\_\_

**QUADRO CLINICO**
**PATOLOGIE PRINCIPALI**

INDICE DI COMORBILITÀ (CIRS)	assente	lieve	moderato	grave
Patologie Cardiache (solo cuore) Portatore di PM: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti vanno considerati separatamente) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Occhi / O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato digerente tratto superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato digerente tratto inferiore (intestino, ernie) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fegato (solo fegato) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rene (solo rene) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato Muscolo-Scheletro e Cute (muscoli, scheletro, tegumenti) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico; non include la demenza) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie sistema Endocrino-Metabolico (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stato mentale e comportamentale (include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Malattie infettive contagiose (in atto)

---



---

Interventi chirurgici e/o ricoveri ospedalieri e riabilitativi (negli ultimi 12 mesi)

---



---

**Altri aspetti clinici e funzionali**

Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> continua	<input type="checkbox"/> discontinua
Ventilazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> invasiva	<input type="checkbox"/> non invasiva
Catetere venoso centrale (CVC)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Sede: _____	
Stomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Sede: _____	
Incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Data ultimo posizionamento: ____ / ____ / 20____	
Incontinenza fecale	<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	
		Medicazione:	
		_____	
		_____	
Altre lesioni cutanee (incluse ferite chirurgiche)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Sede: _____	
		Medicazione:	
		_____	
		_____	
Utilizzo ausili per la deambulazione	Se no, specificare: <input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> allettato		
	Se si: <input type="checkbox"/> bastone		
	<input type="checkbox"/> carrozzina		
	<input type="checkbox"/> deambulatore / girello		
	<input type="checkbox"/> altro _____		
Cadute negli ultimi tre mesi:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Indicare il numero: _____	

**Autonomia nelle attività quotidiane:**

Funzione	Dipendenza Completa	Dipendenza Grave	Dipendenza Moderata	Dipendenza Lieve	Autosufficienza
Igiene personale	①	②	③	④	⑤
Bagno-Doccia	①	②	③	④	⑤
Toilette-Uso servizi	①	②	③	④	⑤
Continenza Urinaria	①	②	③	④	⑤
Continenza Intestinale	①	②	③	④	⑤
Abbigliamento	①	②	③	④	⑤
Alimentazione	①	②	③	④	⑤
Trasferimento Letto-Sedia	①	②	③	④	⑤
Scale	①	②	③	④	⑤
Deambulazione	①	②	③	④	⑤
Abuso Alcolici	SI	NO			

**Deficit sensoriali**

Ipovisus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Ipoacusia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Corretta con protesi

**Disturbi cognitivi, comportamentali, dell'umore e problemi psichiatrici**

Stato di coscienza alterato	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> soporoso <input type="checkbox"/> coma <input type="checkbox"/> stato vegetativo
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:
Deliri	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Allucinazioni <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
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
Aggressività	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Etilismo <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia
Wandering (cammino afinalistico)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tentativi /Rischio 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	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, _____	

**Problemi e condizioni correlate all'alimentazione**

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	Obesità grave: <input type="checkbox"/> 80-100 kg <input type="checkbox"/> > 100 kg
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:
Alimentazione enterale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG
Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____

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

NOTE:

---

---

**IMPORTANTE:**

**SI RICORDA CHE LA PRESCRIZIONE DEI FARMACI NECESSARI PER LA TERAPIA DELL'OSPITE NEL CORSO DELLA SUA DEGENZA IN RSA VITTORIA RESTA IN CAPO AL SUO MEDICO DI MEDICINA GENERALE.**

Nome e Cognome medico curante:

Recapito _____ _____ tel _____ fax _____ e-mail: _____ @ _____	Timbro e firma
--	----------------

Data di compilazione: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_