

SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA

Cognome	Nome
Luogo	Data di nascita

IL/LA PAZIENTE È A DOMICILIO

IL/LA PAZIENTE È PRESSO UNA STRUTTURA SOCIO-SANITARIA

SPECIFICARE _____ DAL ____/____/____

IL/LA PAZIENTE È PRESSO UNA STRUTTURA SANITARIA
(OSPEDALE, CASA DI CURA, CAVS, ...)

SPECIFICARE _____ DAL ____/____/____

- la scheda informativa è stata compilata con il supporto delle informazioni presenti nella documentazione della Struttura Sanitaria
- la scheda informativa è stata compilata senza il supporto delle informazioni presenti nella documentazione della Struttura Sanitaria

Sintesi clinico-anamnestica con particolare riferimento alle patologie invalidanti:

CONDIZIONI ATTUALI

DEFICIT SENSORIALI:

- grave deficit visivo (anche con correzione)
- grave deficit uditivo (anche con correzione)

Nota

DEAMBULAZIONE:

- normale
- cammina con aiuto o assistenza
- presenta rischio di caduta
- costretto a letto, poltrona o carrozzella

Nota

INCONTINENZA sì no

- Urinaria saltuaria permanente
- Fecale saltuaria permanente
- Catetere vescicale

Nota

ALIMENTAZIONE

- autonoma
- deve essere imboccato
- presenta disfagia

Presenza di magrezza patologica sì no

Presenza di obesità patologica sì no

Nota

DISTURBI MOTORI

Paralisi / paresi di

Instabilità motoria sì no

Deficit equilibrio sì no

Tendenza alle cadute sì no

Nota

VALUTAZIONE PSICO-RELAZIONALE

- | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| Disturbi importanti della memoria | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Orientamento temporo/spaziale | <input type="checkbox"/> normale | <input type="checkbox"/> patologico |
| <i>se patologico</i> | | |
| Episodi di disorientamento t/s | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Disorientamento costante | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Disturbi della parola | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Disturbi della comunicazione | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |

Note

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Aggressività verbale | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Pone domande ripetitivamente | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Si sente ansioso, agitato, preoccupato, costantemente inquieto | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Allucinazioni/deliri | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Attività motoria afinalistica (wandering, fughe) | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Aggressività fisica | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Comportamento socialmente inadeguato/disinibizione | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Alterazione severa del ritmo sonno veglia/insonnia grave | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Rifiuto dell'assistenza | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Comportamento alimentare gravemente alterato | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |

Note

Utilizzo di psicofarmaci (specificare)

TONO DELL'UMORE	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> depresso	<input type="checkbox"/> euforico
ha assunto terapie antidepressive nell'ultimo anno	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	
sta assumendo terapie antidepressive	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	
Note			

ALLERGIE

TRATTAMENTI SPECIALISTICI		
Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
SNG/PEG	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Respiratorie/Ventilazione Assistita	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Dialisi	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Ulcere da decubito	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione stomia (colon o altre)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Trattamenti ulcere cutanee (non da pressione)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione C.V.C.	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Gestione terapia con microinfusori /elastomeri sì no

Gestione cateterismo peridurale sì no

Drenaggi sì no

Trattamento riabilitativo post acuto sì no

Altro (specificare):

OSSERVAZIONI

Data di compilazione

____/____/____

Timbro e firma leggibile

MMG/Medico Curante
