

La scheda sanitaria di ingresso ha come obiettivo quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo delle condizioni cliniche del Suo assistito al fine di valutare l'idoneità di inserimento presso la RSA. La scheda sanitaria deve essere compilata in maniera completa e leggibile.

**Cognome e Nome** .....

**Data di nascita** ..... / ..... / .....

**luogo di nascita** .....

**QUADRO CLINICO : PATOLOGIE PRINCIPALI**

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

MALATTIE INFETTIVE CONTAGIOSE (IN ATTO)  NO  SI

Se sì, specificare .....

DICHIARAZIONE D'IDONEITÀ ALLA FREQUENZA DI AMBIENTI COMUNITARI  NO  SI

INTERVENTI CHIRURGICI E/O RICOVERI OSPEDALIERI E RIABILITATIVI (NEGLI ULTIMI 12 MESI)

**ASPECTI CLINICO - FUNZIONALI**

Autonomia nel movimento*	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento <input type="checkbox"/> necessità di aiuto costante per la deambulazione <input type="checkbox"/> mobilizzazione solo in poltrona e/o cambi posturali a letto <input type="checkbox"/> necessità di usare il sollevatore <input type="checkbox"/> immobilità a letto
Utilizzo ausili per la deambulazione*	<input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> deambulatore / girello <input type="checkbox"/> altro .....
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 <input type="checkbox"/> Stomia, sede: .....
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: .....
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 <input type="checkbox"/> Sede: ..... Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
Altre lesioni cutanee (incluse ferite chirurgiche)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede: .....
Cadute ricorrenti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI      Specificare: .....

Deficit sensoriali

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

**\*È possibile barrare più caselle**

**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 /stato vegetativo (GCS: ..... /15)		
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: .....		
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	
Deliri	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Allucinazioni	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Aggressività	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> verbale		
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia		
Wandering (cammino afinalistico) /affaccendamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tentativi di allontanamento inconsapevole <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI /tentativo 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, di che tipo: .....		
Etilismo/potus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso		
Abuso/dipendenza da sostanze:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso Di che 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: .....		
Eventuali note e osservazioni:	.....		

**PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE**

Autonomia nell'alimentazione	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.) <input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante nell'alimentarsi /necessita di imboccamento		
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		
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: <input type="checkbox"/> periferico <input type="checkbox"/> centrale
Peso corporeo: ..... kg	Altezza: ..... cm		
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:

Farmaco/Principio attivo	Posologia

## ALTRI TRATTAMENTI TERAPEUTICI:

Emotrasfusione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Dialisi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> emodialisi <input type="checkbox"/> dialisi peritoneale
Altro (chemioterapia, radioterapia, etc)	.....

#### EVENTUALI APPROFONDIMENTI:

Data presunta dimissione (se proveniente da altra struttura sanitaria o sociosanitaria): ..... / ..... / 20.....

Nome e Cognome medico curante:	Timbro e firma del medico curante
Recapito	
tel.diretto	
fax	
e-mail diretta:	@

Data di compilazione: ..... / ..... / 20.....