

SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA

| | |
|---|-----------------|
| Cognome | Nome |
| Luogo | Data di nascita |
| Sintesi clinico-anamnestica con particolare riferimento alle patologie invalidanti: <hr/> <hr/> | |
| Terapia in atto: <hr/> <hr/> | |

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 si no

- | | | |
|----------|---|-------------------------------------|
| Urinaria | <input type="checkbox"/> saltuaria | <input type="checkbox"/> permanente |
| Fecale | <input type="checkbox"/> saltuaria | <input type="checkbox"/> permanente |
| | <input type="checkbox"/> Catetere vescicale | <input type="checkbox"/> colostomia |

Nota _____

ALIMENTAZIONE

- autonoma
- deve essere imboccato
- presenta disfagia
- presenza di PEG

Presenza di magrezza patologica si no

Nota _____

DISTURBI MOTORI

Paralisi / paresi di _____

- | | | |
|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Instabilità motoria | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Deficit equilibrio | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Tendenza alle cadute | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

Nota _____

VALUTAZIONE PSICO-RELAZIONALE

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

Nota _____

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

- | | | |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|
| Agitazione psico-motoria | <input type="checkbox"/> costante | <input type="checkbox"/> saltuaria |
| Aggressività | <input type="checkbox"/> verbale | <input type="checkbox"/> fisica |
| Deambulazione afinalistica | <input type="checkbox"/> fughe | <input type="checkbox"/> wandering |
| Insonnia | <input type="checkbox"/> | |
| Inversione del ritmo sonno/veglia | <input type="checkbox"/> | |
| Utilizzo di psicofarmaci (specificare) | _____ | |
| | _____ | |

TONO DELL'UMORE

normale

depresso

euforico

Pratica / ha praticato terapie antidepressive si no

Nota _____

PRESENZA DI LESIONI CUTANEE

si

no

Sedi e attuali medicazioni _____

ALLERGIE

OSSERVAZIONI

Data di compilazione

____ / ____ / ____

Timbro e firma leggibile
MMG/Medico Curante