

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

normale

depresso

euforico

ha assunto terapie antidepressive nell'ultimo anno sì no

sta assumendo terapie antidepressive sì 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 | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Gestione cateterismo peridurale | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Drenaggi | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Trattamento riabilitativo post acuto | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |

Altro (specificare):

OSSERVAZIONI

Data di compilazione

____/____/____

Timbro e firma leggibile

MMG/Medico Curante
