

**SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA**

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>
<b>Luogo</b>	<b>Data di nascita</b>
<b>Sintesi clinico-anamnestica con particolare riferimento alle patologie invalidanti:</b> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>Terapia in atto:</b> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <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  si  no  
Orientamento tempo/spaziale  normale  patologico  
Episodi di disorientamento t/s  si  no  
Disorientamento costante  si  no  
Disturbi della parola  si  no  
Disturbi della comunicazione  si  no

Nota \_\_\_\_\_

**DISTURBI DEL COMPORTAMENTO**

Agitazione psico-motoria  costante  saltuaria  
Aggressività  verbale  fisica  
Deambulazione afinalistica  fughe  wandering  
Insonnia   
Inversione del ritmo sonno/veglia

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

\_\_\_\_\_