

SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA

Cognome	Nome
Luogo di nascita	Data di nascita
Sintesi clinico-anamnestica con particolare riferimento alla patologia invalidante:	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Terapia in atto:	
<hr/> <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 e assistenza
 presenta rischio di caduta
 costretto a letto, poltrona o carrozzella

Nota _____

INCONTINENZA

si no

- Urinaria saltuaria permanente
 Fecale saltuaria permanente
 catetere vescicole colostomia

Nota _____

ALIMENTAZIONE:

- autonoma
 deve essere imboccato
 presenta disfagia
 presenza di PEG

Presenza di magrezza patologica si no

Nota _____

SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA

**MOD. INS 03
REV 03**

DISTURBI MOTORI:

Paralisi/paresi di _____

Instabilità motoria si no

Deficit equilibrio si no

Tendenza alle cadute si 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 COMPORTEMENTO:

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 o ha praticato terapie antidepressive si no

Nota _____

PRESENZA DI LESIONI CUTANEE si no

Sedi e attuali medicazioni _____

**SCHEDA INFORMATIVA
SANITARIA****ALLERGIE** _____
_____**MALATTIE INFETTIVE**

Si certifica che il Sig/ la Sig.ra _____ nat _____
a _____ il _____
non è affett _____ da malattie infettive e contagiose in atto e non presenta turbe psico-
fisiche tali da non consentire la vita in comunità.

OSSERVAZIONI

Data di compilazione

____/____/____

Timbro e firma leggibile
MMG/Medico Curante

RISERVATO AL DIRETTORE SANITARIO DELLA STRUTTURA:

Nucleo dove si ritiene opportuno accogliere la persona per i primi 15 giorni di prova:

- RESIDENZA ASSISTENZIALE ALBERGHIERA R.A.A.
- RESIDENZA ASSISTENZIALE R.A.
- RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE R.S.A.

La permanenza dell'Ospite nel nucleo designato è legata alla valutazione che avverrà durante i primi 15
giorni di prova.

DATA PRESA VISIONE D.S. ____/____/____

IL DIRETTORE SANITARIO _____