

PARENTI REFERENTI

NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA	INDIRIZZO	RECAPITO TEL.

ALTRI FAMILIARI

.....
.....
.....

CONDIZIONI PENSIONISTICHE

Tipo di pensione/i:
Tipo di invalidità:
% di invalidità civile:
Indennità di accompagnamento: Sì No
Esenzione ticket sanitario per:
Pratiche in corso per:

COLLOCAZIONE ABITAZIONE

- zona isolata (abitazione sita in luogo isolato, senza servizi, bus, negozi, etc.)
- zona decentrata (abitazione sita in luogo fuori dal centro abitato ma con servizi, bus, negozi essenziali)
- centro abitato

ADEGUATEZZA ABITAZIONE

BARRIERE ARCHITETTONICHE:

- nessuna
- solo esterne
- solo interne
- esterne ed interne

BAGNO:

- interno
 - esterno
- supporti antiscivolo: Sì No

RISCALDAMENTO:

- in tutti i locali
- solo in alcuni locali
- tipologia di impianto.....

MOTIVO DEL RICOVERO

- stato di salute
- solitudine
- problemi familiari
- problemi abitativi

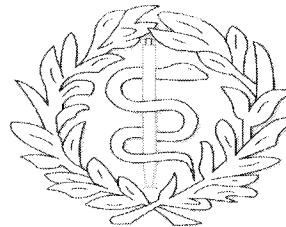
I familiari di riferimento, dopo il ricovero, sono disponibili a collaborare in eventuali progetti di rientro in famiglia, anche giornalieri?

- Sì
- No

Il sottoscritto.....in qualità di.....dichiara che il/la sig.r/ra non è nelle condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere quanto sopra, ed autocertifica in sua vece.

Data,

FIRMA



SCHEDA SANITARIA (in allegato alla domanda di ingresso in R.S.A.)
(compilazione a cura del medico di famiglia o di reparto ospedaliero)

NOME E COGNOME DELL'INTERESSATO: _____

ANAMNESI:

TIPO DI INVALIDITA': _____

PERCENTUALE di INVALIDITA': _____ %

INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO: SI NO

Trasferimento letto sedia

- | Codice | Significato |
|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | Necessarie due persone per il trasferimento del paziente, con o senza ausilio meccanico |
| <input type="checkbox"/> 2 | Il paziente collabora ma è necessaria comunque la collaborazione di una persona |
| <input type="checkbox"/> 3 | Per una o più fasi del trasferimento è necessaria la collaborazione di una persona |
| <input type="checkbox"/> 4 | Occorre una persona per garantire la sicurezza e/o infondere fiducia |
| <input type="checkbox"/> 5 | Il paziente è in grado di muoversi senza pericoli ed è autonomo durante il trasferimento |

Deambulazione

- | Codice | Significato |
|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 | Dipendenza rispetto alla locomozione |
| <input type="checkbox"/> 2 | Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione |
| <input type="checkbox"/> 3 | Necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili |
| <input type="checkbox"/> 4 | Paziente autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione per ridurre i rischi e infondergli fiducia, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto |
| <input type="checkbox"/> 5 | Paziente autonomo nella deambulazione, deve essere in grado di indossare corsetti e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego.
Deve poter adoperare stampelle, bastoni, ecc. e percorre 50 metri senza aiuto o supervisione. |

Locomozione su sedia a rotelle

- | Codice | Significato |
|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 | Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione |
| <input type="checkbox"/> 2 | Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano |
| <input type="checkbox"/> 3 | Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc. |

- 4 Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessaria assistenza per i tratti difficili
- 5 Autonomo: deve essere in grado di girare intorno agli spigoli, su sé stesso, di accostarsi al tavolo, ecc. e deve essere in grado di percorrere almeno 50 metri.

Igiene personale

- | Codice | Significato |
|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | Paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista |
| <input type="checkbox"/> 2 | E' necessario assisterlo in tutte le circostanze della igiene personale |
| <input type="checkbox"/> 3 | E' necessario assisterlo in una o più circostanze della igiene personale |
| <input type="checkbox"/> 4 | E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo la operazione da eseguire |
| <input type="checkbox"/> 5 | Totale indipendenza |

Alimentazione

- | Codice | Significato |
|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 | Paziente totalmente dipendente, va imboccato. |
| <input type="checkbox"/> 2 | Riesce a manipolare qualche posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva. |
| <input type="checkbox"/> 3 | Riesce ad alimentarsi sotto supervisione - l'assistenza è limitata ai gesti più complicati, |
| <input type="checkbox"/> 4 | Paziente indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni... la presenza di un'altra persona non è indispensabile |
| <input type="checkbox"/> 5 | Totale indipendenza nel mangiare. |

Confusione-(stato mentale)

- | Codice | Significato |
|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | Paziente completamente confuso - comunicazione e attività cognitive compromesse, personalità destrutturata |
| <input type="checkbox"/> 2 | E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe |
| <input type="checkbox"/> 3 | Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo |
| <input type="checkbox"/> 4 | E' perfettamente lucido |

Irritabilità

- | Codice | Significato |
|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | Qualsiasi contatto è causa di irritabilità |
| <input type="checkbox"/> 2 | Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare. |
| <input type="checkbox"/> 3 | Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete |
| <input type="checkbox"/> 4 | Non mostra segni di irritabilità ed è calmo |

Irrequietezza (stato Comportamentale)

- | Codice | Significato |
|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | Cammina avanti e indietro incessantemente ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo |
| <input type="checkbox"/> 2 | Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, toccando in continuazione vari oggetti. |
| <input type="checkbox"/> 3 | Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione, ha difficoltà nel mantenere fermi piedi e mani e tocca continuamente vari oggetti. |
| <input type="checkbox"/> 4 | Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità. |

SITUAZIONE CLINICA ATTUALE ED ESAME OBIETTIVO

	Assente	Lieve	Moderata	Grave	Molto g.	DIAGNOSI
Patologia cardiaca (solo cuore)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ipertensione arteriosa (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie dell'apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie dell'apparato G.I. inferiore (intestino, ernie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie epatiche (solo fegato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie renali (solo rene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie genito - urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie del sistema muscolo-scheletrico, cute (muscoli, scheletro, tegumenti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie del SNC e SNP (esclusa la demenza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie endocrine, metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie psichiatrico - comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ricoveri ospedalieri recenti SI NO

Terapia in atto:

Reattività emotiva:

- Collaborante
- E' estraniato dal mondo circostante
- Depressione
- Stato ansioso
- Agitazione con spunti aggressivi

Incontinenza

URINARIA

- a) *assente*
- b) *occasionale*
- c) *abituale*
- d) *catetere a permanenza*

FECALE

- a) *assente*
- b) *occasionale*
- c) *abituale*

Lesioni da decubito:

- assenti*
- iniziali*
- gravi*
- multiple*

(specificare la sede)

Peso kg:

Nutrizione artificiale:

- PEG
- SNG
- NPT

E' esente da malattie infettive in atto e può vivere in Comunità?

- SI*
- NO*

Abusa di sostanze alcoliche?

- NO, MAI*
- SI, IN PASSATO*
- SI, ATTUALMENTE*

Ha mai avuto ricoveri in reparti psichiatrici?

- SI*
- NO*

Richiede trattamento riabilitativo?

- SI*
- NO*

specificare:

timbro e firma del Medico di famiglia o di reparto

data _____
