

A cura del Medico curante

della sig./ra _____

Medico di Base: Dott. _____

Indirizzo: _____

Proveniente da:

- Abitazione Ospedale Altra struttura Solo/a
 In famiglia Casa di cura Assistito/a a domicilio

Alvo e diuresi:

- Normale Incontinenza fecale Incontinenza urinaria Catetere Ano artificiale

Piaghe da decubito: Sì No

Deambulazione:

- Cammina da solo/a Cammina con aiuto In carrozzella Allettato/a

Autosufficienza fisica:

- | | | | |
|---------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| Uscire di casa | da solo <input type="checkbox"/> | con aiuto <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| Spostarsi per le stanze | da solo <input type="checkbox"/> | con aiuto <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| Fare le scale | da solo <input type="checkbox"/> | con aiuto <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| Toilette personale | da solo <input type="checkbox"/> | con aiuto <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| Farsi il bagno | da solo <input type="checkbox"/> | con aiuto <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| Usare i servizi igienici | da solo <input type="checkbox"/> | con aiuto <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| Vestirsi e spogliarsi | da solo <input type="checkbox"/> | con aiuto <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| Alzarsi ed andare a letto | da solo <input type="checkbox"/> | con aiuto <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| Mangiare | da solo <input type="checkbox"/> | con aiuto <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| Cecità | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | |
| Sordità | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | |
| Mutismo | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | |
| Disfasia | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | |

Stato Psicico – Mentale:

- | | | | |
|--------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| Lucidità | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | a volte <input type="checkbox"/> |
| Confusione e disorientamento | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | a volte <input type="checkbox"/> |
| Disorientamento spazio-temporale | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | a volte <input type="checkbox"/> |
| Demenza | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | a volte <input type="checkbox"/> |
| Disturbi neurologici diversi dalla demenza | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | a volte <input type="checkbox"/> |
| Delirio | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | a volte <input type="checkbox"/> |
| Agitazione psico-motoria | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | a volte <input type="checkbox"/> |
| Aggressività | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | a volte <input type="checkbox"/> |
| Depressione | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | a volte <input type="checkbox"/> |
| Ansia | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | a volte <input type="checkbox"/> |
| Insomnia | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | a volte <input type="checkbox"/> |
| Seguito/a da centri di salute mentale | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | |
| In grado di collaborare | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | |
| Può vivere in comunità | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | |

A cura del Medico curante

della sig./ra _____

Malattie neurologiche attuali o pregresse:

Ictus	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	esiti <input type="checkbox"/>
Lesioni cerebrali o spinali	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	esiti <input type="checkbox"/>
M. di Parkinson	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
Sindromi extrapiramidali	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
Sclerosi Multipla	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	

Disabilità funzionali richiedenti la riabilitazione:

Ictus	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Lesioni cerebrali o spinali	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Fratture dell'anca	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Altre fratture _____	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Artroprotesi _____	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Amputazioni _____	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

Problemi medici:

Malattie croniche _____	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Cardiopatie _____	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Artropatie degenerative _____	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Diabete mellito	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Patologie ostruttive delle vie aeree	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Insufficienza renale	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Ulcera peptica	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Esofagite da reflusso	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Stipsi	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Patologia neoplastica _____	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Dolori cronici	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

Altre patologie di rilievo: _____

Malattie infettive:

in atto _____

pregresse _____

Intolleranze ai farmaci: _____

A cura del Medico curante
della sig./ra _____

Diagnosi di ingresso:

<p><i>Allergie a farmaci</i> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <hr/> <hr/> <hr/>	<p><i>Allergie/intoll. alimentari</i> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p><i>Altre allergie</i> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <hr/> <hr/> <hr/>	<p><i>Altre allergie</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Liquida</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Semisolida</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Solida</i></p>

Dieta:

A cura del Medico curante

della sig./ra _____

PRINCIPALI PROBLEMI RELATIVI AI VARI APPARATI

Apparato neuromotorio

Ictus cerebrale (emiplegia)	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Demenza	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Morbo di Parkinson	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Epilessia	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Linguaggio	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Controllo sfinterico	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

Note

Apparato osteo-articolare

Artrosi	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Osteoporosi	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Fratture patologiche	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Deambulazione	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Utilizzo di ortesi	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Utilizzo di presidi	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

Note

Apparato visivo

Percezione visiva	occhio dx.....	
	occhio sx.....	
Uso di lenti	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

Note

Apparato uditivo

Percezione uditiva	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Uso di Protesi	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Residuo uditivo	orecchio dx.....	
	orecchio sx.....	
Uso di lenti	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

Note

Apparato gastroenterico e genitourinario

Controllo sfinterico	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Stipsi	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Incontinenza	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Portatore di catetere vescicale	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
I.V.V. ric.	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Disfagia ortodossa	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Disfasia paradossa	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Meteorismo	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

Note

Apparato odontostomatologico

Masticazione	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Igiene autonoma	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Collaborazione alle cure	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

Note

Apparato respiratorio

Dispnea	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
B.P.C.O.	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Enfisema	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Asma	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Bronchiti ricorrenti	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

Note

Apparato cardiocircolatorio

Angina	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Dispnea.	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Edemi declivi	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Infarto del miocardio	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Aritmie	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Scompenso cardiaco	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Pacemaker	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

Note

A cura del Medico curante
della sig./ra _____

SCHEMA PER LA PRESCRIZIONE DELLA CONTENZIONE

Cognome _____ Nome _____

Residenza _____

Stato cognitivo dell'Ospite _____

Medico Curante _____

Motivazione:

Metodo:

Tempi: Inizio _____ Termine presuntivo _____

Ore/momenti della giornata _____

Il Medico Curante

Data

Firma del familiare per il consenso informato

Data

Valutazione del risultato

1. Efficace
2. Non efficace
3. Eventuali complicazioni _____



SCHEDA MEDICO VALUTATIVA



A cura del Medico curante
della sig./ra _____

Terapie farmacologiche in atto: _____

Il Medico Curante

Note a cura del Responsabile di Struttura
