

NOME E COGNOME DEL PAZIENTE:

DATI DEL MEDICO CURANTE:

Nome e Cognome:	
Indirizzo studio medico:	
Recapito telefonico:	
Mail:	

L'INTERESSATO ATTUALMENTE E' PRESSO:

<input type="checkbox"/> abitazione	<input type="checkbox"/> casa di riposo	<input type="checkbox"/> residenza protetta	<input type="checkbox"/> RSA	<input type="checkbox"/> lungodegenza	<input type="checkbox"/> struttura riabilitativa	<input type="checkbox"/> ospedale	<input type="checkbox"/> altra struttura
-------------------------------------	---	---	------------------------------	---------------------------------------	--	-----------------------------------	--

DIAGNOSI GENERALE

AUTOSUFFICIENZA FISICA

Collaborazione	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> a tratti
Uscire di casa	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> parzialmente
Spostarsi per le stanze	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> parzialmente
Fare le scale	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> parzialmente
Vestirsi e spogliarsi	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> parzialmente
Alzarsi ed andare a letto	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> parzialmente
Igiene personale	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> parzialmente
Uso servizi igienici	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> parzialmente
Vista	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> uso di lenti	<input type="checkbox"/> cecità:
			<input type="checkbox"/> occhio sx <input type="checkbox"/> occhio dx
Udito	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> sordità	<input type="checkbox"/> uso di protesi:
			<input type="checkbox"/> orecchio sx <input type="checkbox"/> orecchio dx
Linguaggio	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> disartria	<input type="checkbox"/> afasia
Disfasia	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Deambulazione	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> autonoma	<input type="checkbox"/> a rischio caduta
	<input type="checkbox"/> con carrozzina	<input type="checkbox"/> con deambulatore	<input type="checkbox"/> da stimolare con l'aiuto di un deambulatore e di un operatore
	<input type="checkbox"/> con bastone		

STATO PSICHICO-MENTALE

Lucidità	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> a tratti		
Stato di coscienza	<input type="checkbox"/> vigile	<input type="checkbox"/> assopito	<input type="checkbox"/> soporoso	<input type="checkbox"/> orientato	
Confusione e disorientamento	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> a tratti		
Orientamento nello spazio e nel tempo	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> a tratti		
Sintomi di demenza	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> a tratti		
Alzheimer:	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no			
	Se SI specificare:	<input type="checkbox"/> 1° stadio	<input type="checkbox"/> 2° stadio	<input type="checkbox"/> 3° stadio	
Disturbi neurologici diversi dalla demenza	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> a tratti		
	Se SI specificare:				
Delirio	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> a tratti		
Agitazione psico-motoria	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> a tratti		
In grado di collaborare	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no			
Stato emotivo	<input type="checkbox"/> tranquillo	<input type="checkbox"/> ansioso	<input type="checkbox"/> aggressivo	<input type="checkbox"/> agitato	<input type="checkbox"/> depresso
Aggressività	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> a tratti		
Depressione	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> a tratti		
Ansia	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> a tratti		
Sonno	<input type="checkbox"/> regolare	<input type="checkbox"/> irregolare		<input type="checkbox"/> insonnia	
	<input type="checkbox"/> uso abituale di farmaci: <i>specificare</i>				
Seguito da centri di salute mentale	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì			
	Se SI specificare:				
Può vivere in comunità	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì			

MALATTIE NEUROLOGICHE ATTUALI O PREGRESSE

Ictus	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì			
	Se SI specificare gli esiti:				
Lesioni cerebrali o spinali	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì			
	Se SI specificare gli esiti:				
Morbo di Parkinson	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì			
Sindromi extrapiramidali	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì			
Sclerosi Multipla	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì			

DISABILITÀ FUNZIONALI RICHIEDENTI LA RIABILITAZIONE

Lesioni cerebrali o spinali	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Fratture dell'anca	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Altre fratture	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
	Se SI specificare:	
Artroprotesi	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
	Se SI specificare:	
Amputazioni	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
	Se SI specificare:	
Malattie croniche	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
	Se SI specificare:	
Cardiopatie	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
	Se SI specificare gli esiti:	
Artropatie degenerative	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
	Se SI specificare:	
Diabete mellito	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Insulinodipendente	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Patologie ostruttive delle vie aeree	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Insufficienza renale	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Ulcera peptica	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Esofagite da reflusso	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Stipsi	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Uso di lassativi	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
	Se SI specificare:	
Patologia neoplastica	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
	Se SI specificare:	
Dolori cronici	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
	Se SI specificare:	

MALATTIE INFETTIVE

Malattie infettive in atto	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
	Se SI specificare:	
Malattie infettive pregresse	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
	Se SI specificare:	

INTOLLERANZE A FARMACI

Specificare:

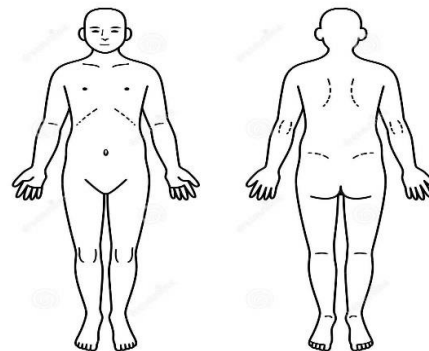
ALLERGIE	
Allergie a farmaci	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si
	Se SI specificare:
Allergie/Intolleranze alimentari	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si
	Se SI specificare:
Altre allergie	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si
	Se SI specificare:

ALIMENTAZIONE					
<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> non autonomo (da imboccare)			<input type="checkbox"/> parzialmente (aiutare al bisogno)	
Difficoltà a deglutire	<input type="checkbox"/> solidi	<input type="checkbox"/> liquidi	<input type="checkbox"/> inappetenza	<input type="checkbox"/> vomito	<input type="checkbox"/> nessuna
Nutrizione enterale	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si				
	Se SI specificare:	<input type="checkbox"/> SNG	Tipo:	Quantità:	Velocità:
		<input type="checkbox"/> PEG	Tipo:	Quantità:	Velocità:
Nutrizione parentale	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si				
	Se SI specificare:	<input type="checkbox"/> CVC	Tipo:	Quantità:	Velocità:
Dieta	<input type="checkbox"/> libera <input type="checkbox"/> personalizzata	Se Personalizzata specificare:			
Restrizioni	<input type="checkbox"/> diabetico <input type="checkbox"/> altro				
	Se Altro specificare:				

TERAPIE					
FARMACO	ORARIO DI SOMMINISTRAZIONE				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				

TERAPIE					
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				

PIAGHE DA DECUBITO		
Presenza di piaghe da decubito	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
EVIDENZIARE LE ZONE →		



MEDICAZIONI IN ATTO		
SEDE	TIPO	FREQUENZA

ALTRE TERAPIE IN CORSO		
Ossigeno terapia	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
	Se SI specificare LT/MIN	
Bronco aspirazione	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Chemioterapia	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Radioterapia	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Dialisi	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Altro:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
	Se SI specificare:	

ALTRE PATOLOGIE DI RILIEVO

SITUAZIONE VACCINALE ANTI COVID-19

Data somministrazione prima dose:	___/___/____
Data somministrazione seconda dose:	___/___/____
Data somministrazione dose <i>booster</i> :	___/___/____
Data somministrazione seconda dose <i>booster</i> :	___/___/____

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO DI BASE

--	--