

SCHEDA SANITARIA PER RICOVERO IN R.S.A.

Sig. _____

Nat__ a _____ il _____

Residenza _____ Via _____

Telefono _____ Peso _____ Statura _____

ANAMNESI

DIAGNOSI E SITUAZIONE FUNZIONALE, COGNITIVA E CLINICA ATTUALE

INDICE MOBILITA’

(dove 1=dipendenza totale 2=dipendenza severa 3=dipendenza moderata 4= lieve 5= assente)

	1	2	3	4	5
Trasferimento letto/sedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deambulazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locazione su sedia a rotelle compilare solo se deambulazione =1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Igiene personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INDICATORE COGNITIVITA’ E COMPORAMENTO

(dove 1=grave 2=moderato 3=lieve 4= assente)

	1	2	3	4
Confusione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irrequietezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INDICATORE COMORBILITA'

(dove 1=malattia assente 2=grado lieve 3=grado moderato 4= grado severo 5= grave)

Patologie Cardiovascolari	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Patologie Apparato Emolinfopoietico	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Patologie Apparato Respiratorio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
OONGL (occhio-orecchio-naso-gola-laringe)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Patologie Apparato Digerente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Patologie Genito-Urinarie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Patologie Muscolo- Scheletrico - Cute	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Patologie SNC e Periferico	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Malattie infettive in atto

SI' NO

Allergie a farmaci, medicinali, vaccini, alimenti ecc

SI' NO

Se sì a cosa _____

Abuso di sostanze alcoliche

SI' NO

Richiesta di trattamento riabilitativo

SI' NO

Specificare _____

Attualmente il paziente si trova

presso l'ospedale _____

a casa propria da solo

a casa propria assistito da _____

Terapia in atto:

Data _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

Spazio riservato alla Fondazione Anni Sereni.

Classe SOSIA di appartenenza rilevata dalla scheda sanitaria: