

Centro Diurno Integrato Don Sandro Mezzanotti

Viale XXIV Maggio, 11 – 24047 Treviglio BG

Tel. 0363 309560 - Fax 0363 595667



SCHEMA SANITARIA

(compilazione riservata al Medico curante)

Nome e cognome del/della Paziente _____

Nato/a a _____ il _____

Indirizzo _____

Numero telefonico _____

Domicilio attuale (non compilare se corrisponde alla residenza) _____

SUNTO ANAMNESTICO

SITUAZIONE CLINICA ATTUALE

INDICE DI COMORBILITA' (CIRS)

Legenda:

1. **Nessuna menomazione**
2. **Menomazione lieve:** non interferisce con le normali attività; trattamento facoltativo; prognosi eccellente
3. **Menomazione moderata:** interferisce con le normali attività; trattamento necessario; prognosi buona
4. **Menomazione grave:** è invalidante; trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata
5. **Menomazione molto grave:** può essere letale; trattamento di emergenza o inefficace; prognosi grave

PATOLOGIE CARDIACHE (solo cuore) – Diagnosi:

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

IPERTENSIONE (si valuta la severità, gli organi coinvolti vanno considerati separatamente) – Diagnosi:

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

APPARATO VASCOLARE (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico) – Diagnosi:

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

APPARATO RESPIRATORIO (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe) - Diagnosi:

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

OCCHI/ O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe) – Diagnosi:

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

APPARATO DIGERENTE TRATTO SUPERIORE (esofago, stomaco, vie biliari-epato-pancreatiche; escluso diabete) – Diagnosi:

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

APPARATO DIGERENTE TRATTO INFERIORE (intestino, ernie) – Diagnosi:

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

FEGATO – Diagnosi:

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

RENE – Diagnosi:

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

APPARATO RIPRODUTTIVO E ALTRE PATOLOGIE GENITO-URINARIE (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali) – Diagnosi:

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

APPARATO MUSCOLO-SCHELETRO E CUTE (muscoli, scheletro, tegumenti) – Diagnosi:

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (sistema nervoso centrale e periferico; non include le demenze) – Diagnosi:

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO-METABOLICO (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici) – Diagnosi:

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

INDICE DI COMORBILITA' A 13 ITEM (CIRS)

Numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3.

n .

CONDIZIONI GENERALI

- Buone
- Discrete
- Scadute

STATO DI COSCIENZA

- Vigile
- Soporoso
- Confuso
- Altro _____

DEFICIT COGNITIVI (deficit mnesici; disorientamento spazio-temporale; aprassia; afasia; deficit di ragionamento astratto, logica e giudizio; agnosia)

- No
- Si quale/i _____

DISTURBI COMPORTAMENTALI (psicosi; alterazioni dell'umore; ansia; disturbi dell'attività psicomotoria; agitazione; aggressività ; sintomi neurovegetativi)

- No
- Si quale/i _____

DIAGNOSI DI DEMENZA

- No
- Si quale _____

RICOVERI PRESSO REPARTI PSICHIATRICI

- No
- Si quando _____
- Attualmente in carico ai Servizi territoriali (DSM)

VISUS

- Normale
- Ipovisus
- Altro _____

UDITO

- Normale
- Ipoacusia
- Porta protesi acustica
- Altro _____

MALATTIE INFETTIVE IN ATTO

- No
- Si quale/i _____

ALLERGIE NOTE

- No
- Si quale/i _____

STATO NUTRIZIONALE

- Peso attuale kg _____
- Statura cm _____
- BMI _____

ALIMENTAZIONE

- Equilibrata
- In eccesso
- In difetto

DIETA

- Libera
- Specifica quale _____

CONSUMO ALCOLICI

- No
- Si quanto _____
- Pregresso

FUMO

- No
- Si quantità/die _____
- Pregresso ha smesso da _____ anni

CUTE

- Normale
- Altro _____

ULCERE

- Assenti
- Flebostatiche sede _____
- Da decubito
Sede _____ grado (1°, 2°, 3°, 4°) _____
Sede _____ grado (1°, 2°, 3°, 4°) _____

DEAMBULAZIONE

- Cammina da solo
- Cammina con l'ausilio di _____
- Si sposta in carrozzina
- Allettato/a da _____

NECESSITA DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO?

- No
- Si specificare _____

NECESSITA DI MEDICAZIONI?

- No
- Si specificare _____

ALVO

- Regolare
- Stipsi
- Diarrea
- Alternante

DIURESI

- Regolare
- Oliguria
- Poliuria
- Nicturia
- Altro _____

INCONTINENZA FECALE

- Assente
- Episodica
- Permanente

INCONTINENZA URINARIA

- Assente
- Episodica
- Permanente

CATETERE VESCICALE A PERMANENZA

- No
- Si da quando _____

Terapia in atto (specificare posologia e orari di assunzione):

Data della compilazione _____

Timbro e firma del Medico curante