



**RICOVERO DI SOLLIEVO
R.P. MADRE RUBATTO | LOANO
SCHEMA SANITARIA INGRESSO**

La scheda sanitaria deve essere compilata, in maniera leggibile e completa

L'obiettivo di questo documento è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo delle condizioni cliniche del Suo assistito al fine di valutare l' idoneità di inserimento presso la nostra Struttura.

Cognome e nome

Data di nascita/..... /

QUADRO CLINICO

PATOLOGIE PRINCIPALI

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

MALATTIE NEUROLOGICHE E PSICHIATRICHE, IN ATTO O PREGRESSE

Specificare se presente diagnosi di demenza. Indicare se in carico presso centro uva. (allegare punteggio MMSE)

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

MALATTIE INFETTIVE, IN ATTO E PREGRESSE



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

VACCINAZIONE ANTI SARS-COV-2 (date somministrazione. Allegare certificato vaccinale)

.....
.....

ALTRI ASPETTI CLINICI E FUNZIONALI

Tracheostomia	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Incontinenza fecale	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Colostomia	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Altre lesioni cutanee	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Medicazioni chirurgiche	<input type="checkbox"/> No	Di che tipo:	
Utilizzo protesi	<input type="checkbox"/> No	Di che tipo:	
Utilizzo ausili per la deambulazione	<input type="checkbox"/> No	Di che tipo:	

CADUTE NEGLI ULTIMI SEI MESI

Mai Da 1 a 3 Più di 3 volte

DEFICIT SENSORIALI

IPOVISUS <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	IPOACUSIA <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
--	---



DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

Deficit di memoria	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Disorientamento	<input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale <input type="checkbox"/> No
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Di che tipo:	
Deliri	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Allucinazioni	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Crisi d'ansia / attacchi di panico	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Deflessione del tono dell'umore	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Aggressività	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Etilismo	<input type="checkbox"/> Attuale <input type="checkbox"/> Pregresso
Wandering	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Tentativi di fuga	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Se sì, di che tipo:	
Tentato suicidio	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Se sì, indicare la data /.../ /.../ /.../

PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

Rifiuto del cibo	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Disfagia	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Malnutrizione	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Cibi frullati o omogeneizzati	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Obesità	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Dieta specifica Di che tipo:	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No



TERAPIA

- Non assume terapia farmacologia
- Terapia in atto e orari di somministrazione

Nome Farmaco	Dosaggio	Quantità	Tipo	Orario di assunzione

ALLERGIE

<input type="checkbox"/> Non note <input type="checkbox"/> Sì	Se sì, di che tipo
---	--------------------

MMG

Nome e cognome

Telefono Fax

E-mail

Data

Firma e timbro MMG