



SCHEDA SOCIO – SANITARIA di (da compilarsi a cura del medico curante)

_____ (Nome Cognome)

DIAGNOSI

ANAMNESI

PESO: _____ KG.

ALTEZZA: _____ CM.

E' esente da MALATTIE INFETTIVE e può vivere in comunità:

- Sì
- Con precauzioni
- No

Ha mai avuto ricoveri in reparti psichiatrici?

- No
- Sì remoti
- Sì recenti

CONDIZIONI PSICHICHE:

- Nella norma
- Fasi di confusione e disorientamento se sì,
 - Occasionali
 - Frequenti
- Inversione del ritmo sonno/veglia se sì,
 - Occasionali
 - Frequenti
- Agitazione con spunti aggressivi se sì,
 - Occasionali
 - Frequenti
- Alcoolismo o altre dipendenze
- Depressione

VALUTAZIONE DI AUTOSUFFICIENZA::

- Totale
- Parziale
- Nulla

L'OSPITE E' IN GRADO DI

Vestirsi

- In modo autonomo
- Con aiuto parziale
- Non è in grado

Lavarsi

- In modo autonomo
- Con aiuto parziale
- Non è in grado

Alimentarsi

- In modo autonomo

- Con aiuto parziale
- Non è in grado

VISTA

- Nella norma
- Compromessa
- Occhiali
- Cecità

LINGUAGGIO

- Nella norma
- Afasia con buona comprensione
- Afasia globale

UDITO

- Nella norma
- Compromesso
- Apparecchio acustico

INCONTINENZA

- Assente
- Urinaria se sì,
 - Occasionale
 - Frequente
- Fecale se sì,
 - Occasionale
 - Frequente

- È autonomo/a nell'uso dei presidi

PIAGHE DA DECUPITO

- No
- Sì, localizzazione: _____

TERAPIA ANTICOAGULANTE

- No
- Sì, frequenza: _____

DEAMBULAZIONE

- Cammina da solo/a
- Cammina con aiuto:
 - con ausili, specificare _____
 - con accompagnatore

- Non cammina
- Si sposta in carrozzina
 - da solo/a
 - con accompagnatore

AUSILI NECESSARI

- Letto con sponde
- Sistema antidecubito
- _____

CONDIZIONI CARDIO-CIRCOLATORIE

- Buone
- Compromesse
- Molto compromesse

CONDIZIONI RESPIRATORIE

- Buone

- Compromesse
- Molto compromesse

DISPNEA

- Assente
- Da sforzo
- A riposo

Può partecipare e gruppi di ginnastica dolce (in palestra e/o piscina) e di animazione motoria?

- Si
- No

Necessita di fisioterapia individuale?

- Sì, tipo _____
- No

Il medico ritiene che la persona possa ritornare presso il proprio domicilio dopo il periodo di soggiorno?

- sì
- no

TERAPIA FARMACOLOGICA

Necessita di aiuto e/o controllo nell'assunzione? sì no

Terapia farmacologia in atto:

Farmaco	Dosaggio	Frequenza di assunzione

Si prega di allegare eventuali indagini (esami di lab., radiologia, ecc.) eseguiti nei mesi precedenti.

NOTE:

IL MEDICO CHE COMPILA CERTIFICA E SOTTOSCRIVE LA PRESENTE SCHEDA SANITARIA SI ASSUME LA RESPONSABILITA', ANCHE LEGALE, DELLA VERIDICITA' DELLE DICHIARAZIONI IN ESSA CONTENUTE IN ARMONIA CON LE DISPOSIZIONI VIGENTI.

LA RESIDENZA SI RISERVA IL DIRITTO, IN CASO DI OMISSIONI O DICHIARAZIONI FALSE SULLO STATO DI SALUTE, DI REVOCARE L'ACCETTAZIONE O TRONCARE IN QUALSIASI MOMENTO IL RAPPORTO DI OSPITALITA'

_____ li _____

IL MEDICO CURANTE
(Timbro e firma)

IL MEDICO DELLA RESIDENZA AUTORIZZA IL SOGGIORNO IL _____

Autorizzo ai sensi della legge 31 dicembre 1996 n. 675 in materia di tutela della privacy ad elaborare ed archiviare i dati personali indicati

In fede, _____