

<p><i>Casa di Riposo Don E. Uberti</i>  Via Gallo 11 – 12032 Barge CN  ☎ 0175/346125 - Fax 349533</p>	<p><b>SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA</b></p>	<p><b>MOD. INS 03</b> <b>REV 01</b></p>
---	--	---

Cognome	Nome
Luogo di nascita	Data di nascita
<p>Sintesi clinico-anamnestica con particolare riferimento alla patologia invalidante:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p>Terapia in atto:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

### CONDIZIONI ATTUALI

#### DEFICIT SENSORIALI:

- grave deficit visivo (anche con correzione)
- grave deficit uditivo (anche con correzione)

Nota \_\_\_\_\_

#### DEAMBULAZIONE:

- normale
- cammina con aiuto e assistenza
- presenta rischio di caduta
- costretto a letto, poltrona o carrozzella

Nota \_\_\_\_\_

#### INCONTINENZA

si     no

- |          |   |                                     |
|----------|---|-------------------------------------|
| Urinaria | <input type="checkbox"/> saltuaria          | <input type="checkbox"/> permanente |
| Fecale   | <input type="checkbox"/> saltuaria          | <input type="checkbox"/> permanente |
|          | <input type="checkbox"/> catetere vescicole | <input type="checkbox"/> colostomia |

Nota \_\_\_\_\_

#### ALIMENTAZIONE:

- autonoma
- deve essere imboccato
- presenta disfagia
- presenza di PEG

Presenza di magrezza patologica     si     no

Nota \_\_\_\_\_

**DISTURBI MOTORI:**

Paralisi/paresi di \_\_\_\_\_

Instabilità motoria       si       no

Deficit equilibrio       si       no

Tendenza alle cadute       si       no

Nota \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE PSICO-RELAZIONALE:**

Disturbi importanti della memoria       si       no

Orientamento tempo/spaziale       normale       patologico

Episodi di disorientamento t/s       si       no

Disorientamento costante       si       no

Disturbi della parola       si       no

Disturbi della comunicazione       si       no

Nota \_\_\_\_\_

**DISTURBI DEL COMPORTEMENTO:**

Agitazione psico-motoria       costante       saltuaria

Aggressività       verbale       fisica

Deambulazione afinalistica       fughe       wandering

Insonnia     

Inversione del ritmo sonno/veglia     

Utilizzo di psicofarmaci (specificare) \_\_\_\_\_

**TONO DELL'UMORE**       normale       depresso       euforico

Pratica o ha praticato terapie antidepressive       si       no

Nota \_\_\_\_\_

**PRESENZA DI LESIONI CUTANEE**       si       no

Sedi e attuali medicazioni \_\_\_\_\_

**ALLERGIE** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MALATTIE INFETTIVE**

Si certifica che il Sig./ la Sig.ra \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
non è affett\_\_\_\_\_ da malattie infettive e contagiose in atto e non presenta turbe psico-  
fisiche tali da non consentire la vita in comunità.

**OSSERVAZIONI**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data di compilazione \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Timbro e firma leggibile  
MMG/Medico Curante  
\_\_\_\_\_

**RISERVATO AL DIRETTORE SANITARIO DELLA STRUTTURA:**

Nucleo dove si ritiene opportuno accogliere la persona per i primi 15 giorni:

- RESIDENZA ASSISTENZIALE - R.A.
- RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE - R.S.A. Bassa Intensità
- R.S.A. Medio-Bassa Intensità
- R.S.A. Media Intensità
- R.S.A. Medio-Alta Intensità
- R.S.A. Alta Intensità

La permanenza dell'Ospite nel nucleo designato è legata alla valutazione che avverrà durante i primi 15 giorni.

DATA PRESA VISIONE D.S. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

IL DIRETTORE SANITARIO \_\_\_\_\_