

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 _____