

DATI ANAGRAFICI

COGNOME _____ NOME _____ SESSO F M STATO CIVILE _____

NATO A _____ IL ___/___/___ RESIDENTE A _____

VIA _____ TEL _____

Titolo di studio Attività lavorativa pensione dall'età.....

M servizio militare SI NO
F menopausa a Anni; gravidanza n°....., parti, aborti

padre..... madre N. fratelli di cui viventi e deceduti per

STATO COGNITIVO

stato di coscienza	normale	confuso	soporoso
stato di coma	SI	NO	
memoria	ok	problemi	
capacità di prendere le decisioni quotidiane	indipendente	compromissione lieve	severa
capacità di farsi comprendere	compreso	talvolta compreso	raramente

UMORE E COMPORTAMENTO SISTEMA NERVOSO

espressioni verbali di malessere	mai	a volte	sempre
problemi con il sonno/ insonnia	mai	a volte	sempre
atteggiamento triste apatico	mai	a volte	sempre
perdita di interesse	mai	a volte	sempre

CONDIZIONI GENERALI ADL

	buone	mediocri	gravi
è in grado di collaborare	SI	NO	si con aiuto
si veste da solo	SI	NO	si con aiuto
si lava	SI	NO	si con aiuto
mangia da solo	SI	NO	si con aiuto
utilizza da solo i servizi igienici	SI	NO	si con aiuto
sa scrivere	SI	NO	si con aiuto

MOBILITA'

Può salire o scendere le scale	SI	NO	si con aiuto
può camminare da solo	SI	NO	si con aiuto
può camminare con protesi	SI	NO	si con aiuto
si sposta con carrozzella	SI	NO	si con aiuto
allettato da quando	SI	NO	si con aiuto

PSICHE

integra	si	no	vagare	si	no
con fasi di agitazione psicomotoria	si	no	usa linguaggio offensivo	si	no
con fasi di confusione	si	no	socialmente inadeguato	si	no
insonnia	si	no			
orientamento T-S	si	no			
movimenti bucco-linguali	si	no	spontanei		
spasticità	si	no			
tremore	si	no			
deficit motori	si	no			
babinsky	si	no	DX	SX	
mingazzini	si	no	DX	SX	
è fisicamente aggressivo	si	no	rifiuta l'assistenza	si	no

SENSORIO

vista normale compromessa molto compromessa
udito normale compromessa molto compromessa
linguaggio normale disartria afasia con buona comprensione afasia globale
disfasia SI NO
disfagia SI NO

STATO DI NUTRIZIONE PESO (kg)..... BMI..... Altezza cm.....

modificazione peso ultimi 6 mesi

CUTE SOTTOCUTE ANNESSI CUTANEI

stato di idratazione normale altro
 colorito normale altro
 trofismo normale altro
 altro
 apparato pilifero ed annessi cutanei

LINFONODI SUPERFICIALI**CAPO E COLLO****CAVO ORALE**

Denti condizioni buone protesi altro
 lingua normale patologica
 deglutizione normale patologica
 altr manifestazioni patologiche

APPARATO CARDIOVASCOLARE

palpitazione dispnea da sforzo dispnea a riposo edemi declivi
 nicturia vertigini capogiri sincope cadute
 dolore precordiale claudicatio altro

pressione arteriosa

clinostatismo	DX	SX
ortostatismo	DX	SX

POLSO

<input type="checkbox"/> ritmico
<input type="checkbox"/> aritmico

cuore**APPARATO RESPIRATORIO****ADDOME****APPARATO OSTEOARTICOLARE**

DOLORABILITA'
LIMITAZIONE FUNZIONALE
MANI
PIEDI
ARTI
MAMMELLA

normali deformazioni
 normali callosità ulcerazioni
 normali edemi varici ulcere amputazioni protesi

diuresi regolare disuria stranguria pollachiuria
 nicturia oliguria minz imperiosa poliuria
incontinenza urinaria NO si solo notturna si da sforzo si stabile si episodica
uso ausili pannolone
 urocontrol
 catetere vescicale (tipo e calibro)
 portatore di urostomia

EVENTUALI ALTRE CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA

RICORRE QUALCUNA DELLE SEGUENTI SITUAZIONI

	SI	NO
portatore di pace maker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
terapia insulinica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
terapia antiblastica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
terapia analgesica per dolori neoplastici o neurogenesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ossigeno terapia a permanenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
portatori di protesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
quali? _____		

E' AFFETTO DA QUALCUNA DELLE SEGUENTI AFFEZIONI ?

malattie infettive o contagiose	si	no	
anti HIV	positivo	negativo	è obbligatorio allegare le analisi comprovanti la negatività
HbSAg	positivo	negativo	
Anti HCV	positivo	negativo	
insufficienza cerebrovascolare	si	no	
insufficienza respiratoria	si	no	
insufficienza cardiaca in compenso farmacologico	si	no	
insufficienza renale	si	no	
ulcere torpide	si	no	

sede _____

piaghe da decupito si no stadio piaga 1 2 3 4

sede _____

etilismo cronico si no
arteriopatie obliteranti si no

ipertensione arteriosa	si	no	
epilessia	si	no	
ulcera peptica	si	no	
malattie neoplastiche	si	no	
malattie autoimmuni	si	no	
malattie allergiche	si	no	
malattie oftalmiche	si	no	
malattie otorinolaringoiatriche	si	no	
malattie urologiche	si	no	
malattie ginecologiche	si	no	
malattie gastroenterologiche	si	no	
malattie ematologiche	si	no	
malattie neurologiche	si	no	
malattie endocrinologiche	si	no	
malattie dermatologiche	si	no	
diabete mellito	si	no	
cirrosi epatica	si	no	
malattie psichiche a carattere neurc	si	no	
psicotico dissociative			

TRATTAMENTI E PROCEDURE SPECIALI

chemioterapia oncologica	SI	NO
dialisi	SI	NO
infusione e.v	SI	NO
ossigenoterapia	SI	NO
radioterapia	SI	NO
aspirazione	SI	NO
cura della tracheostomia	SI	NO
trasfusioni	SI	NO
respiratore/ ventilazione assistita	SI	NO

ALLERGIE A FARMACI O AD ALTRI ALLERGENI

RELAZIONE DIAGNOSTICA DETTAGLIATA

sig.ra _____

terapia orale

data inizio terapia	data fine terapia	FARMACO	POSOLOGIA
---------------------	-------------------	---------	-----------

COLAZIONE

PRANZO

CENA

PRIMA DI CORICARSI	
DURANTE LA NOTTE	
AL BISOGNO	

PRECEDENTI RICOVERI

PERIODO	SEDE	MOTIVO

TRAUMI

INDAGINI SVOLTE

ESAME DI ACCERTAMENTO	DATA	VALORE E/O DESCRIZIONE

TRASFUSIONI PRECEDENTI