

SCHEDA SANITARIA

Da compilarsi a cura del medico curante

Cognome e nome del paziente.....

Nato/a aProv.....il.....

Notizie clinico/anamnestiche e stato di salute generale

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

Terapia in atto (specificare tutti i farmaci assunti da paziente e la loro posologia)

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

Eventuali intolleranze alimentari

.....
.....

Il paziente è esente da malattie contagiose e/o mentali tali da compromettere la vita in comunità

Data

Timbro e firma del Medico curante

SCHEDA SANITARIA D'AMMISSIONE

Nome	Cognome	Età

Lavarsi: autonomamente con aiuto Non è in grado

Vestirsi: autonomamente con aiuto Non è in grado

Alimentarsi: autonomamente con aiuto Non è in grado

PRESENTA INCONTINENZA URINARIA?

autonomamente con aiuto Non è in grado cateterizzato

PRESENTA INCONTINENZA FECALE?

autonomamente con aiuto Non è in grado stomatizzato

VISTA: normale compromessa molto compromessa

UDITO: normale compromessa molto compromessa

LINGUAGGIO: conservato lieve capacità (disartria)

Saltuaria incapacità perdita della parola (afasia)

PIAGHE DA DECUBITI: presenti assenti

Grado: 1. Lieve arrossamento

2. abrasione cutanea

3. interessamento del derma

4. escara necrotica – cratere ulcerativo

LIVELLO DI COSCIENZA: attento disattento confuso

REATTIVITA' PSICHICA: collaborante indifferente apatico

ANSIA: si no **DEPRESSIONE:** si no

IRREQUIETEZZA: si no **AGGRESSIVITA':** si no

URLO: si no **IRRITABILITA':** si no

Memoria adeguata o smemoratezza occasionale

Perdita di memoria modesta per eventi recenti con interferenza nelle attività quotidiane

Perdita di memoria severa con rapida perdita delle notizie recenti