

INFORMAZIONI SANITARIE

(a cura del medico curante)

Cognome e nome _____ data di nascita _____

Patologie presenti

| | No | Sì | Diagnosi |
|---|----|----|----------|
| Patologie cardiache | | | |
| Ipertensione arteriosa | | | |
| Patologie vascolari/ematologiche | | | |
| Patologie respiratorie | | | |
| Vista, udito, naso, gola, laringe | | | |
| Apparato digerente | | | |
| Patologie epatiche | | | |
| Patologie renali | | | |
| Altre patologie genito-urinarie | | | |
| Sistema muscolo-scheletrico e Cute | | | |
| Patologie neurologiche | | | |
| Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sepsi e stati tossici) | | | |
| Patologie psichiatrico-comportamentali | | | |
| Diabete | | | |

Altro: _____

Problemi clinici prevalenti _____

Patologie infettive/contagiose presenti _____

Terapia farmacologica in corso (indicare farmaco e posologia) _____

Allergie a: _____

Aspetto comportamentale

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Ansia | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Depressione | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Deliri o allucinazioni | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Agitazione psico-motoria diurna | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Deambulazione incessante | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Affaccendamento afinalistico | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Inversione del ritmo sonno-veglia | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Aggressività | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Urla, lamentazioni, vocalizzazioni ripetitive | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Comportamenti autolesivi | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Andatura a rischio cadute?

| | | |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Cadute negli ultimi 3 mesi | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|

se si, numero cadute |___|

Altre informazioni sanitarie

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Problemi di alimentazione? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| disfagia – altri disturbi della deglutizione | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| nutrizione artificiale enterale | | |
| con gastrostomia (PEG) o digiunostomia | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| con sondino naso gastrico | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| nutrizione parenterale totale | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

La persona è in dialisi

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| dialisi peritoneale automatica o manuale | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| dialisi extracorporea ambulatoriale | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| dove effettua la dialisi _____ | | |

È Presente Insufficienza Respiratoria?

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ossigeno occasionalmente | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ossigeno almeno 6 ore al giorno | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ossigenoterapia continua | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| tracheostomia | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ventilazione meccanica invasiva / non invasiva | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

La persona è affetta da diabete mellito?

| | | |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| è trattato con la sola dieta | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| farmaci antidiabetici orali | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| insulina | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

La persona ha lesioni da decubito?

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| sacrali o trocanteriche | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| arti inferiori o altre sedi | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

La persona ha ulcere vascolari?

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
|--|-----------------------------|-----------------------------|

Ci sono problemi di continenza vescicale?

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| presidi per incontinenza | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| catetere vescicale a permanenza | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| cateterismo intermittente con Nelaton | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| enterostomia, colostomia, ureterocutaneostomia | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Recapiti telefonici Medico _____

timbro e firma del medico _____ data di compilazione _____