

**A.S.L. TO4**Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA**(D.G.R. N. 42-8390 del 10 marzo 2008)**

Cognome	Nome
Luogo	Data di nascita
Sintesi clinico-anamnestica con particolare riferimento alle patologie invalidanti: 	
Terapia in atto: 	

CONDIZIONI ATTUALI

DEFICIT SENSORIALI:

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

Nota _____

DEAMBULAZIONE:

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

Nota _____

INCONTINENZA

☐ si ☐ no

- | | | |
|----------|---|-------------------------------------|
| Urinaria | ☐ saltuaria | ☐ permanente |
| Fecale | ☐ saltuaria | ☐ permanente |
| | ☐ Catetere vescicale | ☐ 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 COMPORTAMENTO

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 / ha praticato terapie antidepressive ☐ si ☐ no

Nota _____

PRESENZA DI LESIONI CUTANEE

☐ si

☐ no

Sedi e attuali medicazioni _____

ALLERGIE

OSSERVAZIONI

Data di compilazione

____/____/____

Timbro e firma leggibile MMG/Medico Curante

Sulla base della conoscenza del quadro clinico-assistenziale e socio-familiare, richiedo la valutazione socio-sanitaria di non autosufficienza da parte dell'Unità Valutativa Geriatrica (D.G.R. 14-5999 del 25/06/2013)

Data

____/____/____

Timbro e firma leggibile MMG
