

SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA

Cognome	Nome
Luogo	Data di nascita

☐ IL/LA PAZIENTE È A DOMICILIO

☐ IL/LA PAZIENTE È PRESSO UNA STRUTTURA SOCIO-SANITARIA

SPECIFICARE _____ DAL ____/____/____

☐ IL/LA PAZIENTE È PRESSO UNA STRUTTURA SANITARIA
(OSPEDALE, CASA DI CURA, CAVS, ...)

SPECIFICARE _____ DAL ____/____/____

- ☐ la scheda informativa è stata compilata con il supporto delle informazioni presenti nella documentazione della Struttura Sanitaria
- ☐ la scheda informativa è stata compilata senza il supporto delle informazioni presenti nella documentazione della Struttura Sanitaria

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 ☐ sì ☐ no

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

Nota

ALIMENTAZIONE

☐ autonoma

☐ deve essere imboccato

☐ presenta disfagia

Presenza di magrezza patologica ☐ sì ☐ no

Presenza di obesità patologica ☐ sì ☐ no

Nota

DISTURBI MOTORI

Paralisi / paresi di

Instabilità motoria ☐ sì ☐ no

Deficit equilibrio ☐ sì ☐ no

Tendenza alle cadute ☐ sì ☐ no

Nota

VALUTAZIONE PSICO-RELAZIONALE

Disturbi importanti della memoria	☐ sì	☐ no
Orientamento temporo/spaziale	☐ normale	☐ patologico
<i>se patologico</i>		
Episodi di disorientamento t/s	☐ sì	☐ no
Disorientamento costante	☐ sì	☐ no
Disturbi della parola	☐ sì	☐ no
Disturbi della comunicazione	☐ sì	☐ no

Note

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

Aggressività verbale	☐ sì	☐ no
Pone domande ripetitivamente	☐ sì	☐ no
Si sente ansioso, agitato, preoccupato, costantemente inquieto	☐ sì	☐ no
Allucinazioni/deliri	☐ sì	☐ no
Attività motoria afinalistica (wandering, fughe)	☐ sì	☐ no
Aggressività fisica	☐ sì	☐ no
Comportamento socialmente inadeguato/disinibizione	☐ sì	☐ no
Alterazione severa del ritmo sonno veglia/insonnia grave	☐ sì	☐ no
Rifiuto dell'assistenza	☐ sì	☐ no
Comportamento alimentare gravemente alterato	☐ sì	☐ no

Note

Utilizzo di psicofarmaci (specificare)

TONO DELL'UMORE	☐ normale	☐ depresso	☐ euforico
ha assunto terapie antidepressive nell'ultimo anno	☐ sì	☐ no	
sta assumendo terapie antidepressive	☐ sì	☐ no	
Note			

ALLERGIE

TRATTAMENTI SPECIALISTICI		
Alimentazione parenterale	☐ sì	☐ no
SNG/PEG	☐ sì	☐ no
Tracheostomia	☐ sì	☐ no
Respiratorie/Ventilazione Assistita	☐ sì	☐ no
Ossigenoterapia	☐ sì	☐ no
Dialisi	☐ sì	☐ no
Ulcere da decubito	☐ sì	☐ no
Gestione stomia (colon o altre)	☐ sì	☐ no
Trattamenti ulcere cutanee (non da pressione)	☐ sì	☐ no

Gestione C.V.C.

☐ sì

☐ no

Gestione terapia con microinfusori /elastomeri

☐ sì

☐ no

Gestione cateterismo peridurale

☐ sì

☐ no

Drenaggi

☐ sì

☐ no

Trattamento riabilitativo post acuto

☐ sì

☐ no

Altro (specificare):

OSSERVAZIONI

Data di compilazione

____/____/____

Timbro e firma leggibile

MMG/Medico Curante
