

COGNOME E NOME _____

NATO A _____ (____) **IL** _____ **Età** _____

RESIDENTE IN VIA _____ **A** _____

Luogo di provenienza: Domicilio _____
Ospedale _____
R.S.A. _____

Eventuali segnalazioni: _____

Anamnesi patologica Remota:

Cardiopatia isch.	SI	NO	Infarto: SI	NO	angina SI	NO	pacemaker SI	NO
Demenza senile:	SI	NO						
Diabete:	SI	NO						
Epilessia:	SI	NO	data ev ultima crisi	_/_/_				
Epatopatie	SI	NO	Epatite tipo	__				
Neoplasia	SI	NO	_____					
Ictus pregresso	SI	NO	Emiparesi residua SI	NO	_____			
M di Parkinson	SI	NO	_____					
Nefropatie	SI	NO	_____					
Psicosi	SI	NO	_____					
Pneumopatie	SI	NO	_____					
Tentati suicidi			SI	NO	Data	_____		
Ricovero reparto psichiatrico			SI	NO	Data	_____		
Esente da malattie infettive e contagiose			SI	NO				
Etilismo	SI	NO						

Terapia in atto: _____

Altro: _____

M-contr-sg-07-schedasociosanitaria-rev0-set09

INDICE DI VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE

Condizioni generali di salute

Buona salute, non necessita di assistenza medica/infermieristica	<input type="checkbox"/>
Necessita saltuariamente di assistenza medica/infermieristica	<input type="checkbox"/>
Necessita di supervisione nell'assunzione di medicinali	<input type="checkbox"/>
Necessita settimanalmente di assistenza medica/infermieristica	<input type="checkbox"/>
Necessita quotidianamente di assistenza medica/infermieristica	<input type="checkbox"/>

Capacita' di movimento

Cammina autonomamente	<input type="checkbox"/>
Cammina con bastone o altro supporto	<input type="checkbox"/>
Cammina con l'aiuto di un'altra persona	<input type="checkbox"/>
Seduto in carrozzina	<input type="checkbox"/>
Allettato	<input type="checkbox"/>

Uso carrozzina

E' dipendente per la locomozione	<input type="checkbox"/>
Per muoversi in carrozzina necessita di assistenza	<input type="checkbox"/>
E' necessaria una persona per i movimenti più complessi	<input type="checkbox"/>
Percorre autonomamente percorsi piani	<input type="checkbox"/>
E' autonomo per la locomozione	<input type="checkbox"/>

Orientamento temporo-spaziale

Completamente orientato	<input type="checkbox"/>
Parzialmente orientato	<input type="checkbox"/>
Frequentemente disorientato	<input type="checkbox"/>
Disorientato	<input type="checkbox"/>

Stato mentale

Parla e comprende	<input type="checkbox"/>
Comprende soltanto	<input type="checkbox"/>
Non comprende	<input type="checkbox"/>
Irrequieto	<input type="checkbox"/>
Comportamento aggressivo	<input type="checkbox"/>

Igiene personale

Autonomia e sufficienza completa	<input type="checkbox"/>
Necessita di assistenza minima	<input type="checkbox"/>
Necessita di aiuto e/o supervisione	<input type="checkbox"/>
Deve essere completamente assistito	<input type="checkbox"/>

Alimentazione

Indipendente	<input type="checkbox"/>
Mangia da solo pasti preparati	<input type="checkbox"/>
Collabora ma necessita di assistenza	<input type="checkbox"/>
Deve essere imboccato ed è totalmente dipendente	<input type="checkbox"/>

Incontinenza

Controllo completo	<input type="checkbox"/>
Incontinenza urinaria saltuaria	<input type="checkbox"/>
Incontinenza urinaria completa	<input type="checkbox"/>
Portatore di catetere vescicole	<input type="checkbox"/>
Incontinenza fecale saltuaria	<input type="checkbox"/>
Incontinenza fecale completa	<input type="checkbox"/>

Piaghe da decubito posizione

Assenti	<input type="checkbox"/>
Superficiali (1° e 2° stadio)	<input type="checkbox"/>
Profonde (3° stadio)	<input type="checkbox"/>
Necrotiche e profonde (4° stadio)	<input type="checkbox"/>

M-contr-sg-07-schedasociosanitaria-rev0-set09

=====

SPAZIO RISERVATO ALLA STRUTTURA

=====

Costo farmaceutico

ALTO	1
MEDIO	2
BASSO	3

Mobilità e autonomia

Dipendente	1
Con aiuto	2
Autonomo	3

ASA

**Assistenza
Infermieristica**

Medica

IMPEGNATIVA	1	IMPEGNATIVA	1	IMPEGNATIVA	1
NORMALE	2	NORMALE	2	NORMALE	2
LEGGERA	3	LEGGERA	3	LEGGERA	3

Totale: _____

OSPITE ACCETTATO SI NO

Note:

Firma Direttore Sanitario

Data

M-contr-sg-07-schedasociosanitaria-rev0-set09