

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) IL \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN VIA \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Luogo di provenienza: Domicilio   
Ospedale  \_\_\_\_\_  
R.S.A.  \_\_\_\_\_

**Eventuali Segnalazioni**

**Anamnesi patologica Remota:**

C.I.C. SI  NO  I.M.A. SI  NO  Angina SI  NO  Pace-Maker SI  NO

Demenza senile: SI  NO

Diabete: SI  NO

Epilessia: SI  NO  data ultima crisi \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Epatopatie SI  NO  Epatite tipo \_\_

Neoplasie SI  NO

quali \_\_\_\_\_

Ictus pregresso SI  NO  Paresi residue SI  NO

quali \_\_\_\_\_

M.bo di Parkinson SI  NO

Nefropatie SI  NO

quali \_\_\_\_\_

BPCO SI  NO

Asma bronchiale SI  NO

Psicosi SI  NO

quali \_\_\_\_\_

Tentati suicidi SI  NO  Data \_\_\_\_\_

Ricovero reparto psichiatrico SI  NO  Data \_\_\_\_\_

Malattie infettive e contagiose SI  NO  quali \_\_\_\_\_

Etilismo SI  NO

**Terapia in atto:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Altro:** \_\_\_\_\_

## INDICE DI VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE

### Condizioni generali di salute

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

### Capacita' di movimento

### Uso carrozzina

Cammina autonomamente	<input type="checkbox"/>		E' dipendente per la locomozione	<input type="checkbox"/>
Cammina con bastone o altro supporto	<input type="checkbox"/>		Per muoversi in carrozzina necessita di assistenza	<input type="checkbox"/>
Cammina con l'aiuto di un'altra persona	<input type="checkbox"/>		E' necessaria una persona per i movimenti più complessi	<input type="checkbox"/>
Seduto in carrozzina	<input type="checkbox"/>		Percorre autonomamente percorsi piani	<input type="checkbox"/>
Allettato	<input type="checkbox"/>		E' autonomo per la locomozione	<input type="checkbox"/>

### Orientamento spazio-temporale

### Stato mentale

Completamente orientato	<input type="checkbox"/>		Parla e comprende	<input type="checkbox"/>
Parzialmente orientato	<input type="checkbox"/>		Comprende soltanto	<input type="checkbox"/>
Frequentemente disorientato	<input type="checkbox"/>		Non comprende	<input type="checkbox"/>
Disorientato	<input type="checkbox"/>		Irrequieto	<input type="checkbox"/>
			Comportamento aggressivo	<input type="checkbox"/>

### Igiene personale

### Alimentazione

Autonomia e sufficienza completa	<input type="checkbox"/>		Indipendente	<input type="checkbox"/>
Necessita di assistenza minima	<input type="checkbox"/>		Mangia da solo pasti preparati	<input type="checkbox"/>
Necessita di aiuto e/o supervisione	<input type="checkbox"/>		Collabora ma necessita di assistenza	<input type="checkbox"/>
Deve essere completamente assistito	<input type="checkbox"/>		Deve essere imboccato ed è totalmente dipendente	<input type="checkbox"/>

### Incontinenza

### Piaghe da decubito

### posizione

Controllo completo	<input type="checkbox"/>		Assenti	<input type="checkbox"/>
Incontinenza urinaria saltuaria	<input type="checkbox"/>		Superficiali (1° e 2° stadio)	<input type="checkbox"/>
Incontinenza urinaria abituale	<input type="checkbox"/>		Profonde (3° stadio)	<input type="checkbox"/>
Portatore di catetere vescicale	<input type="checkbox"/>		Necrotiche e profonde (4° stadio)	<input type="checkbox"/>
Incontinenza fecale saltuaria	<input type="checkbox"/>			
Incontinenza doppia completa	<input type="checkbox"/>			

**ESAMI DA EFFETTUARE PRIMA DELL'INGRESSO:**

- Emocromo
- Glicemia
- Azotemia
- Creatinina
- Elettroforesi
- Elettroliti
- Markers epatite
- G6PDH
- AST
- ALT

In alternativa, prima dell'ingresso, farsi prescrivere dal proprio medico curante gli esami sopra elencati.

**ULTIMI ESAMI EFFETTUATI:**

- Rx Torace
- ECG

**DIAGNOSI:**

---



---



---



---



---



---



---



---

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Timbro e firma Medico Curante

**SPAZIO RISERVATO ALLA STRUTTURA**

**Costo Farmaceutico**

**Mobilità e Autonomia**

ALTO	1	Dipendente	1
------	---	------------	---

MEDIO	2	Con aiuto	2
BASSO	3	Autonomo	3

**Assistenza**

**OSS**

**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**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_