

SCHEDA CONOSCITIVA

Da compilarsi a cura del medico curante, per la proposta di ricovero relativa

al Sig. _____

nato/a a _____ Prov. _____ in data ____/____/____

residente a _____ Prov. _____

La/il paziente è affetta/o da: _____

Terapie in corso: _____

Precedenti ricoveri ospedalieri e malattie che hanno determinato gli stessi: _____

IL PAZIENTE E' IN GRADO DI:

LAVARSI:	<input type="radio"/> in modo autonomo	<input type="radio"/> con aiuto parz.	<input type="radio"/> non è in grado
VESTIRSI:	<input type="radio"/> in modo autonomo	<input type="radio"/> con aiuto parz.	<input type="radio"/> non è in grado
ALIMENTARS :	<input type="radio"/> in modo autonomo	<input type="radio"/> con aiuto parz.	<input type="radio"/> non è in grado
UTILIZZARE I			
SERVIZI IGIENICI:	<input type="radio"/> in modo autonomo	<input type="radio"/> con aiuto parz.	<input type="radio"/> non è in grado
DEAMBULAZIONE:	<input type="radio"/> buona <input type="radio"/> con appoggio	<input type="radio"/> incerta	<input type="radio"/> non deambula

CONDIZIONI CARDIO-CIRCOLATORI: _____

P.A. _____

Pregresso infarto miocardico	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Attualmente è in compenso emodinamico	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO

CONDIZIONI RESPIRATORIE:	<input type="radio"/> non compromesse	
Bronchite cronica	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Enfisema polmonare	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Asma bronchiale	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
T.B.C.	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO

PATOLOGIA NEOPLASTICA: _____

SCHEDA CONOSCITIVA

INCONTINENZA URINARIA: assente saltuaria completa
INCONTINENZA FECALE: assente saltuaria completa
PRESENZE DI PIAGHE DA DECUBITO: SI NO
ALTERAZIONI NEUROLOGICHE: epilessia Morbo di Parkinson Progressi TIA Progressi ICTUS

Altro _____

SENSORIO: cecità Ipovisus Sordità Ipoacusia Alterazioni del linguaggio

CONDIZIONI PSICHICHE:

Disorientamento temporo-spaziale SI NO SALTUARIO
Confusione SI NO SALTUARIO
Agitazione psico-motoria SI NO SALTUARIO
Aggressività SI NO SALTUARIO

ALTRE MANIFESTAZIONI PSICHE RILEVANTI:

depressione allucinazioni tentativi di suicidio ansia
 alcolismo delirio farmacodipendenza

PRECEDENTI RICOVERI OSPEDALIERI: SI NO

**IN CURA PRESSO SPECIALISTI NEUROPSICHIATRICI O
PRESSO CENTRI PSICOSOCIALI O SERVIZI PSICHIATRICI** SI NO

**NECESSITA' DI TERAPIA RIABILITATIVA
O DI TERAPIA FISICA** SI NO

SE SI DI CHE TIPO: neurologica ortopedica logopedica

HA GIA' EFFETTUATO TERAPIA RIABILITATIVA O FISICA? SI NO

ALLERGIE: se si specificare:

FARMACI SI NO _____

ALIMENTI SI NO _____

CONDIZIONI SOCIALI: vive solo con parenti
 usufruisce di assistenza domiciliare assistito/a dai vicini di casa

altro _____

PUO' VIVERE IN COMUNITA' SI NO

DIETE PER PARTICOLARI PATOLOGIE:

diabete Insuff. renale Altre

SCHEDA CONOSCITIVA

Allo scopo di permetterci una migliore valutazione e sistemazione in reparto, a suo giudizio, il paziente rientra in una delle seguenti categorie:

AUTOSUFFICIENTE

PARZ. AUTOSUFF.

NON AUTOSUFF.

Data ___/___/_____

Timbro e Firma del Medico

LA COMPILAZIONE DI QUESTO RIQUADRO E' DI COMPETENZA DELLA STRUTTURA

Ricevuta il: _____ Segreteria _____

Visionata il: _____ da Il Medico di struttura _____

Coordinatrice sanitaria _____