

Gentile Parente,

al fine di regolarizzare la Sua pratica di inserimento, Le chiediamo di voler cortesemente restituire compilata la documentazione di seguito riportata.

La Direzione rimane a disposizione per eventuali dubbi sulla compilazione della parte a Lei riservata, da pagina 4 a pagina 9.

Per la parte riservata al Medico Curante può rivolgersi al Medico di base o al personale sanitario nel caso di degenza ospedaliera.

SCHEDA SANITARIA

COGNOME e NOME _____

NATO A _____ IL ___ / ___ / _____ C.F: _____

⇒ **ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA:**
(segnalare le informazioni relative a patologie pregresse ed eventuali accessi ospedalieri per patologie degne di nota).

⇒ **ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA:**
(segnalare le informazioni relative a patologie in atto).

⇒ **MALATTIE INFETTIVE:**

(segnalare le informazioni relative a malattie infettive o patologie con particolari precauzioni per la vita di comunità).

- TBC SI' NO
- EPATITE B SI' NO
- EPATITE C SI' NO
- HIV SI' NO
- ALTRO _____

⇒ **ALLERGIE/INTOLLERANZE:**

- SI' NO

(specificare quali) _____

⇒ **CADUTE NEGLI ULTIMI 6 MESI:**

- SI' nr. _____ NO

⇒ **STRUMENTI DI TUTELA FISICA**

- SI' _____
 NO

⇒ **LESIONI CUTANEE:**

- LDD SI' NO ___° grado sede _____
- ___° grado sede _____
- ___° grado sede _____
- VASCOLARI SI' NO sede _____
- ALTRO SI' NO spec. tipologia e sede _____

⇒ **TERAPIA IN ATTO:**

(specificare molecola, dosaggio ed orario di somministrazione)

Farmaco	Dosaggio	Orario somministrazione

⇒ **DISPOSITIVI IN USO:**

- | | | | |
|------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------|
| - Catetere vescicale | <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO | CH_____ | sostituito il _____ |
| - N.A. | <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO | <input type="radio"/> PEG | Posizionato il _____ |
| | | <input type="radio"/> SONDINO | Posizionato il _____ |
| | | <input type="radio"/> CVC | Posizionato il _____ |
| - Dispositivi cardiaci | <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO | <input type="radio"/> Pace Maker | Posizionato il _____ |
| | | <input type="radio"/> ICD | Posizionato il _____ |
| - O2 terapia | <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO | _____ lt/min | _____ h |
| - Stomie | <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO | | |
| - Tracheostomia | <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO | | |

⇒ **INTERVENTI/VISITE IN PROGRAMMA :**

(segnalare eventuali accertamenti clinico/strumentali o ricoveri già in programma).

⇒ **GIUDIZIO SULLA STABILITA' CLINICA:**

- | | |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stabile | nessun particolare problema, monitoraggio superiore a 2 mesi |
| <input type="checkbox"/> Moderatamente Stabile | problemi che necessitano di monitoraggio ogni 1 - 2 mesi |
| <input type="checkbox"/> Moderatamente Instabile | problemi che necessitano di monitoraggio più volte al mese |
| <input type="checkbox"/> Instabile | problemi che necessitano di monitoraggio quotidiano |
| <input type="checkbox"/> Acuzie | problemi che necessitano di monitoraggio più volte al giorno |

RECAPITO TELEFONICO DEL MEDICO PER EVENTUALI CHIARIMENTI _____

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

COMPILAZIONE A CURA DEL PARENTE

⇒ **SCHEDA ACCOGLIENZA:**

COGNOME e NOME _____

NATO A _____ (____) IL _____

COD. FISC. _____

TESSERA SANITARIA NR. _____

ASL DI APPARTENENZA _____

RESIDENTE A _____ (____) CAP _____

VIA _____ Nr. _____

PARENTI DI RIFERIMENTO

(cognome e nome) (grado di parentela) (recapiti telefonici)

1- _____

2- _____

3- _____

PRATICHE GIURIDICHE:

AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO

In corso

Ottenuta Persona di riferimento _____

TUTORE

In corso

Ottenuta Persona di riferimento _____

ALTRO _____

- INVALIDITA' CIVILE (se in possesso allegare copia)
- Riconosciuta al 100%
 - Riconosciuta nella percentuale del ____%
 - Pratica in corso avviata il _____
 - Pratica ancora da avviare
 - Assenza di requisiti

- ESENZIONE TICKET (se in possesso allegare copia)
- In possesso per patologia
 - In possesso per invalidità
 - Pratica in corso _____
 - Assenza di requisiti

N.B: *Si ricorda che tutti i soggetti che percepiscono pensione di accompagnamento o sono riconosciuti invalidi civili hanno diritto all'esenzione Ticket per invalidità*

- CONVENZIONE CON ASL
- Soggetto convenzionato
 - In attesa di convenzionamento
(data indicativa inoltro pratica _____)
 - Pratica ancora da avviare
 - Assenza di requisiti

- FORNITURA PROTEZIONI IGIENICHE
- Non utilizzo
 - Attiva tramite farmacia
 - Attiva con consegna al domicilio
 - Da attivare

- AUSILI IN POSSESSO
- Di proprietà _____

 - Forniti dalla ASL _____

 - Pratiche in corso _____

 - Da attivare _____

**SPAZIO RISERVATO ALLA DIREZIONE
ALL'ATTENZIONE DEL PERSONALE OSS NUCLEO _____**

DATA INGRESSO _____ ORA _____ NR. CAMERA _____

LAVANDERIA _____ ALTRO _____

COGNOME e NOME _____

PROFESSIONE _____

INTERESSI /HOBBIES _____

LINGUAGGIO (capacità di espressione chiara e comprensibile)

Sì No

CAPACITÀ DI LEGGERE

Sì No

CAPACITÀ DI SCRIVERE

Sì No

BEVANDE ALCOLICHE

No Ai pasti Etilista

FUMO

No Ex fumatore Nr. sigarette /giorno _____

COGNITIVITÀ

VIGILE Sempre Talvolta Mai

LUCIDO Sempre Talvolta Mai

ORIENTATO NEL TEMPO Sempre Talvolta Mai

ORIENTATO NELLO SPAZIO Sempre Talvolta Mai

COLLABORAZIONE Sempre Talvolta Mai

DISTURBI COMPORTAMENTALI

AGGRESSIVITA' Assente Saltuaria Costante

ANSIA Assente Saltuaria Costante

DEPRESSIONE Assente Saltuaria Costante

DELIRI Assente Saltuaria Costante

AUTOLESIONISMO Assente Saltuaria Costante

WONDERING Assente Saltuaria Costante

RIPOSO

Regolare Alterato Insonnia In trattamento farmacologico

DEAMBULAZIONE

- Autonoma
- Assistita
- Autonoma con presidi
- Carrozzina
- Allettato (specificare da quanto tempo) _____

CURA DEL SÉ (LAVARSI E VESTIRSI):

- Autonoma
- Con aiuto
- Dipendente

STATO NUTRIZIONALE:

- Nella norma
- Malnutrizione
- Obesità

ALIMENTAZIONE

- Autonoma
- Con aiuto
- Dipendente

DIETA (possibili più risposte)

- Libera
- Per diabetici
- Cibi morbidi o frullati
- Liquidi addensati per disfagia
- Nutrizione artificiale
- Altro _____

MASTICAZIONE

- Regolare
- Edentula
- Portatore di protesi dentarie mobili Superiore Inferiore
- Portatore di protesi dentarie fisse Superiore Inferiore

ALVO

- Regolare
- Stitico
- Diarroico
- In trattamento

CONTINENZA

- Presente
- Incontinenza fecale
- Incontinenza urinaria
- Doppia incontinenza
- Catetere vescicale

CUTE

- Integra
- Presenza di lesioni _____° grado sede _____
- _____° grado sede _____
- _____° grado sede _____

