

SCHEMA 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 È IN GRADO DI:

LAVARSI	<input type="checkbox"/> in modo autonomo	<input type="checkbox"/> con aiuto parziale	<input type="checkbox"/> non è in grado
VESTIRSI	<input type="checkbox"/> in modo autonomo	<input type="checkbox"/> con aiuto parziale	<input type="checkbox"/> non è in grado
ALIMENTARSI	<input type="checkbox"/> in modo autonomo	<input type="checkbox"/> con aiuto parziale	<input type="checkbox"/> non è in grado
UTILIZZARE I SERVIZI IGIENICI	<input type="checkbox"/> in modo autonomo	<input type="checkbox"/> con aiuto parziale	<input type="checkbox"/> non è in grado
DEAMBULAZIONE	<input type="checkbox"/> buona <input type="checkbox"/> con appoggio	<input type="checkbox"/> incerta	<input type="checkbox"/> non deambula

CONDIZIONI CARDIO-CIRCOLATORI: _____

P.A. _____

Pregresso infarto miocardico si no

Attualmente è in compenso emodinamico si no

CONDIZIONI RESPIRATORIE: non compromesse

Bronchite cronica si no

Enfisema polmonare si no

Asma bronchiale si no

T.B.C. si 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 pregressi TIA pregressi 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 alcolismo delirio tentativi di suicidio farmacodipendenza ansia

PRECEDENTI RICOVERI OSPEDALIERI si no

**IN CURA PRESSO SPECIALISTI NEUROPSICHIATRICI
O CENTRI PSICOSOCIALI O SERVIZI PSICHIATRICI** si no

**NECESSITÀ DI TERAPIA RIABILITATIVA
O DI TERAPIA FISICA** si no

SE SI DI CHE TIPO neurologica ortopedica logopedica

**HA GIÀ EFFETTUATO TERAPIA
RIABILITATIVA O FISICA?** si no

ALLERGIE si no

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 _____

PUÒ VIVERE IN COMUNITÀ si no

DIETE PER PARTICOLARI PATOLOGIE diabete insufficienza 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 PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE. NON AUTOSUFFICIENTE

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 _____