

**ALLEGATO SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO  
LA CASA DI RIPOSO ANTONIANI DI COLICO**

Cognome e Nome .....

Data di nascita ..... / ..... / .....

luogo di nascita .....

**QUADRO CLINICO : PATOLOGIE PRINCIPALI:**

INDICE DI COMORBILITÀ (CIRS)	DIAGNOSI	ASSENTE	LIEVE	MODERATO	GRAVE	MOLTOGRAVE
<b>Patologie Cardiache (solo cuore)</b> Portatore di PM: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ipertensione</b> (si valuta la severità; gli organi coin-volti vanno considerati separata-mente)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Apparato vascolare</b> (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Apparato respiratorio</b> (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Occhi / O.R.L.</b> (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Apparato digerente tratto superiore</b> (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Apparato digerente tratto inferiore</b> (intestino, ernie)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fegato</b> (solo fegato)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Rene</b> (solo rene)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Apparato riproduttivo e altre</b> patologie Genito-Urinarie (mam-mella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Apparato Muscolo- Scheletro e Cute</b> (muscoli, scheletro, tegumenti)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Patologie sistema nervoso</b> (sistema nervoso centrale e periferi-co; non include la demenza)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Patologie sistema Endo- crino</b> Metabolico (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Stato mentale e comporta-mentale</b> (include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**MALATTIE INFETTIVE CONTAGIOSE IN ATTO**

ALLERGIE  NON NOTE  NO  SI, DI CHE TIPO: .....

INTERVENTI CHIRURGICI E/O RICOVERI OSPEDALIERI E RIABILITATIVI (NEGLI ULTIMI 12 MESI)

**ASPETTI CLINICO – FUNZIONALI:**

Autonomia nel movimento (è possibile barrare più caselle)	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza
	<input type="checkbox"/> utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento
	<input type="checkbox"/> necessità di aiuto costante per la deambulazione
	<input type="checkbox"/> mobilizzazione solo in poltrona e/o cambi posturali a letto
	<input type="checkbox"/> necessità di usare il sollevatore
	<input type="checkbox"/> immobilità a letto
Utilizzo ausili per la deambulazione (è possibile barrare più caselle)	<input type="checkbox"/> bastone
	<input type="checkbox"/> carrozzina
	<input type="checkbox"/> deambulatore / girello
	<input type="checkbox"/> altro.....
Autonomia igiene e cura personale	<input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza
	<input type="checkbox"/> aiuto parziale
	<input type="checkbox"/> aiuto totale
Autonomia nell'uso dei servizi igienici	<input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza
	<input type="checkbox"/> aiuto parziale
	<input type="checkbox"/> aiuto totale
Incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Catetere vescicale Presidi assorbenti Nefro /urostomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI    Data ultimo posizionamento: .../ ... / 20... <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Incontinenza fecale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Stomia, sede: .....
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> continua <input type="checkbox"/> discontinua
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (tipo cannula)
Ventilazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> invasiva <input type="checkbox"/> noninvasiva
Catetere venoso centrale (CVC)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> sede .....
Lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Sede .....Stadio <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV Sede .....Stadio <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
Altre lesioni cutanee (includere ferite chirurgiche)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Sede .....
Cadute ricorrenti (anche senza conseguenze traumatiche)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI    Numero cadute nell'anno: .....

**DEFICIT SENSORIALI:**

Ipovisus	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Cecità assoluta	<input type="checkbox"/> SI
Ipoacusia	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Corretta con protesi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
			Sordità assoluta	<input type="checkbox"/> SI

**DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI:**

Stato di coscienza alterato	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> soporoso	<input type="checkbox"/> coma/stato vegetativo (GCS:..... /15)
Deficit di memoria	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Disorientamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> temporale spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione			<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> che tipo:.....
Crisi d'ansia / attacchi di panico frequenza _____	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Deflessione del tono dell'umore	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Deliri	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Allucinazioni	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Aggressività	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> fisica	<input type="checkbox"/> verbale
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> inversione ritmo sonno-veglia	
Wandering (cammino afinalistico) /affaccendamento	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Tentativi di allontanamento inconsapevole/tentativo fuga	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	di che tipo: .....	
Etilismo/potus	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> attuale	<input type="checkbox"/> pregresso
Abuso/dipendenza da sostanze:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> attuale	<input type="checkbox"/> pregresso
Dipendenza gioco:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	di che tipo: .....	
Tentato suicidio	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	: indicare la data: ...../...../.....	
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	: .....	
Eventuali note e osservazioni: .....				

**PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE:**

Autonomia nell'alimentazione	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza
	<input type="checkbox"/> necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.)
	<input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante nell'alimentarsi/imboccamento
Edentulia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
	Protesi: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore
	Protesi: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore
Rifiuto del cibo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Disfagia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
	Cibi frullati o omogeneizzati <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
	Addensanti <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

Dieta specifica		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> che tipo.....	
Alimentazione enterale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNC	Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> periferica <input type="checkbox"/> centrale
Peso corporeo: ..... kg		Altezza: ..... cm	
Intolleranze <input type="checkbox"/> non note <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI di che tipo.....			

**TERAPIA:**

Non assume terapia farmacologica

Terapia in atto ed orari di somministrazione:

Farmaco/Principio attivo	Posologia

**ALTRI TRATTAMENTI:**

Emotrasfusione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> tipo
Dialisi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> emodialisi <input type="checkbox"/> dialisiperitoneale
Altro (chemioterapia, radioterapia, etc) .....	

**EVENTUALE APPROFONDIMENTO:**

.....  
 .....

Data presunta dimissione (se proveniente da altra struttura sanitaria o sociosanitaria): ...../ ..... / 20....

Nome e Cognome medico curante: ..... Recapito ..... ..... tel.diretto..... fax..... e-mail diretta: .....@.....	
---	--

Data di compilazione: ...../ ..... / 20.....