

SCHEDA SANITARIA

(circolare regionale del 24.05.2001 prot. 16329)

Facsimile 4 - Scheda sanitaria per l'accesso ai soggiorni per anziani

Nome Utente _____

N. libretto sanitario _____

N. esenzione ticket _____

Medico di base _____ tel. _____

Inquadramento diagnostico attuale _____

Terapia farmacologica in atto _____

Mobilità

normale ☐

cammina con aiuto ☐

costretto su sedia ☐

fa le scale

é in grado di usare la toilette da solo

ausilio strumentale ☐

a letto ☐

si ☐

si ☐

con persona ☐

no ☐

no ☐

Allergie note

no ☐

si ☐

Portatore di altre protesi

no ☐

si ☐

Terapia anticoagulante

no ☐

si ☐

Portatore di pacemaker

no ☐

si ☐

Stato nutrizionale

normale ☐

peso _____

eccessivo ☐

altezza _____

carente ☐

Difficoltà di masticazione

no ☐

si ☐

adentulia ☐

con protesi ☐

Mangia da solo

no ☐

si ☐

Alcool

no ☐

moderato ☐

elevato ☐

Dieta eventuale _____

Vista deficit

no ☐

si ☐

corretto ☐

glaucoma ☐

non corretto ☐

altro ☐

Udito deficit

no ☐

si ☐

corretto ☐

lieve ☐

non corretto ☐

grave ☐

Tipo di alvo _____

<u>Incontinenza urinaria</u>	no ☐	saltuaria ☐	permanente ☐
	portatore di catetere ☐		di pannolone ☐

<u>Incontinenza fecale</u>	no ☐	saltuaria ☐	permanente ☐
----------------------------	-----------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

<u>Piaghe da decubito</u>	no ☐		
	si ☐	superficiali ☐	profonde ☐

Disturbi neuropsichici _____

Specificare

Del linguaggio	no ☐	si ☐	_____
Della comprensione	no ☐	si ☐	_____
Della memoria	no ☐	si ☐	_____
Dell'orientamento spaziale	no ☐	si ☐	_____
Dell'orientamento temporale	no ☐	si ☐	_____
Del sonno	no ☐	si ☐	_____
Del comportamento	no ☐	si ☐	_____
Dell'umore	no ☐	si ☐	_____

<u>Prestazioni infermieristiche</u>	no ☐	si ☐	frequenza _____
-------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------

Controllo della pressione arteriosa	no ☐	si ☐	
-------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--

Glicemia	no ☐	si ☐	
----------	-----------------------------	-----------------------------	--

Terapia iniettiva	no ☐	si ☐	
-------------------	-----------------------------	-----------------------------	--

Medicazioni	no ☐	si ☐	
-------------	-----------------------------	-----------------------------	--

Prelievi	no ☐	si ☐	
----------	-----------------------------	-----------------------------	--

Altro _____			
-------------	--	--	--

Eventuali problemi _____

In sintesi

L'autonomia è gravemente compromessa da patologie invalidanti no ☐ si ☐

Data _____

Firma del medico _____