

Casa albergo
 Residenzialità assistita

Nome: Cognome:

NASCITA: Data: Comune: Nazione:

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (vedere anche documentazione allegata)

Residente in: P.zza/Via CAP:

Comune: Nazione:

Peso All'ingresso
Altezza

<p>Anamnesi patologica remota Oltre alle comuni informazioni relative a patologie pregresse, specificare eventuali aspetti psicologici e/o comportamentali noti che hanno richiesto terapie specifiche (es. sindromi depressive, stati maniacali, alterazioni della personalità, abuso alcolico, tabagismo).</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Anamnesi patologica prossima Patologie in atto e condizioni invalidanti: malattie croniche (cardiopatie, ictus, cancro, malattie metaboliche, malattie respiratorie croniche), malattie psichiatriche, malattie neurologiche, disturbi muscolo-scheletrici, disturbi apparato gastrointestinale, difetti di vista e udito.</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Malattie infettive Elencare inoltre eventuali patologie infettive note (epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse, ecc.), pregresse ed in atto.</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Dispositivi in uso Specificare le caratteristiche dei dispositivi. Specificare ove necessario il calibro e date delle ultime sostituzioni (es. CV, SNG, PEG, ecc.).</p>	<p><input type="checkbox"/> Catetere vescicale</p> <p><input type="checkbox"/> PEG</p> <p><input type="checkbox"/> Pace-maker</p> <p><input type="checkbox"/> ICD (defibrillatore)</p> <p><input type="checkbox"/> Tracheostomia.....</p> <p><input type="checkbox"/> Altre stomie</p> <p><input type="checkbox"/> Broncoaspirazione.....</p> <p><input type="checkbox"/> Ossigenoterapia (specificare: ossigeno liquido, concentratore, stroller, altro. Indicare il flusso)</p> <p><input type="checkbox"/> Sondino naso-gastrico</p> <p><input type="checkbox"/> Catetere venoso centrale</p> <p><input type="checkbox"/> Port a cath</p> <p><input type="checkbox"/> Ventilatore per apnee notturne</p> <p><input type="checkbox"/> Ventilatore per insufficienza respiratoria grave</p>

Lesioni/ferite Specificare se lesioni da decubito, chirurgiche o di altra natura. Indicare il tipo di medicazione in atto.
Ausili/presidi in uso	<input type="checkbox"/> Sedia a rotelle <input type="checkbox"/> Deambulatore <input type="checkbox"/> Materassino antidecubito <input type="checkbox"/> Cuscino antidecubito <input type="checkbox"/> Letto ortopedico <input type="checkbox"/> Tutori (specificare) <input type="checkbox"/> Altro (specificare)
Cadute negli ultimi 6 mesi Se la risposta è sì, specificare le circostanze della caduta (se note) e le eventuali conseguenze.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Variazioni ponderali negli ultimi 6 mesi Se la risposta è sì, specificare.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Interventi programmati Necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodici (visite specialistiche, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni, ecc.). Se la risposta è sì, specificare.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì

Giudizio sulla stabilità clinica	<input type="checkbox"/> Stabile	Nessun particolare problema o problemi che necessitano di monitoraggio clinico ad intervalli > 60 giorni
	<input type="checkbox"/> Moderatamente stabile	Problemi che necessitano di monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni
	<input type="checkbox"/> Moderatamente instabile	Problemi che necessitano di monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta la settimana
	<input type="checkbox"/> Instabile	Problemi che necessitano di monitoraggio clinico quotidiano
	<input type="checkbox"/> Acuzie	Problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani

Attività	Totalmente dipendente	Necessita di assistenza	Indipendente
Alimentazione			
Fare il bagno			
Igiene personale			
Vestirsi			
Trasferimento letto-sedia			
Deambulazione			
Utilizzo servizi igienici			
Continenza urine			
Continenza feci			
Salire le scale			

Barrare la casella corrispondente

Scheda allergie

Allergie a farmaci

- No
- Sì
Specificare il principio attivo o il nome commerciale del farmaco al quale l'ospite è allergico.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.

Allergeni

Specificare sostanze e prodotti alimentari che provocano allergie o intolleranze.

- Cereali contenenti glutine
 - Crostacei e prodotti a base di crostacei
 - Uova e prodotti a base di uova
 - Pesce e prodotti a base di pesce
 - Arachidi e prodotti a base di arachidi
 - Soia e prodotti a base di soia
 - Latte e prodotti a base di latte (incluso lattosio)
 - Frutta a guscio e i loro prodotti
 - Sedano e prodotti a base di sedano
 - Senape e prodotti a base di senape
 - Semi di sesamo e prodotti a base di semi di sesamo
 - Anidride solforosa e solfiti (nelle concentrazioni previste)
 - Lupini e prodotti a base di lupini
 - Molluschi e prodotti a base di molluschi
 - Altro
-

Note

Eventuali ulteriori annotazioni in merito ad allergie o intolleranze dell'ospite.

.....

.....

.....

.....

.....

Scheda di terapia

Annotare la terapia assunta dall'ospite avendo cura di indicare con precisione la posologia.

Principio attivo/nome commerciale	Formulazione (gocce, compresse, ecc.)	Posologia (specificare <u>dose ed orari di assunzione</u> , ad esempio: 2 compresse ore 8)

Recapiti del Medico Curante:

Telefono/telefono cellulare

e-mail

Luogo e data di compilazione

Timbro e firma del Medico curante