

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

No

Sì

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
-

Allegare Elenco Vaccinale (scaricabile dal fascicolo sanitario)

Note

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

Timbro e firma del Medico curante