

**RSSA RESIDENZA SAN GIUSEPPE**

Via Don A. Leopoldo

73041 Magliano – Fraz. Di Carmiano (Le)

p.iva 03239920758

SCHEDA SANITARIA

(da compilare da parte del Medico curante)

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ (_____) Data di nascita ____ / ____ / ____

Residente a _____ via _____

Parente referente _____ Tel. _____ cell. _____

Provenienza:

- domicilio
- ospedale, nome _____
- altra Residenza socio-assistenziale, nome _____
- osp.riabilitazione, nome _____

ANAMNESI GENERALE:

_____ Ha mai avuto ricoveri in reparti psichiatrici?

- NO
- SI, REMOTI
- SI, RECEN TI

SITUAZIONE CLINICA ATTUALE ED ESAME OBIETTIVO

ANAMNESI FISIOLOGICA:

ALIMENTAZIONE:	BEVANDE ALCOOLICHE:	FUMO:	DIGESTIONE:
<input type="checkbox"/> Equilibrata <input type="checkbox"/> Eccessiva <input type="checkbox"/> Scarsa	<input type="checkbox"/> Astemio <input type="checkbox"/> Consumo moderato <input type="checkbox"/> Etilismo cronico <input type="checkbox"/> Ex etilista	<input type="checkbox"/> Non ha mai fumato <input type="checkbox"/> Ex fumatore (da anni:.....) <input type="checkbox"/> Fumatore (n° _____ sigarette/die)	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Non regolare

ALVO:	DIURESI:	SONNO:
<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Tendenzialmente stitico <input type="checkbox"/> Tendenzialmente diarroico <input type="checkbox"/> Incontinenza fecale	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Disturbi della minzione <input type="checkbox"/> Incontinenza urinaria <input type="checkbox"/> Catetere vescicale a permanenza <input type="checkbox"/> Fornitura pannoloni <input type="checkbox"/> Fornitura traversine _____ <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Non regolare

STATO DI SALUTE ATTUALE:

CONDIZIONI GENERALI:	DISTURBI NERVOSI PREGRESSI E/O IN ATTO	CONDIZIONI CARDIORESPIRATORIE:			
<input type="checkbox"/> Buone <input type="checkbox"/> discrete <input type="checkbox"/> Scadenti	<input type="checkbox"/> Disturbi nervosi <input type="checkbox"/> Affetto da morbo: <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Buone <input type="checkbox"/> Equilibri farmacologico <input type="checkbox"/> Compromesse			
DISPNEA:	APPARATO OSTEO-ARTICOLARE:	SISTEMA NERVOSO CENTRALE È:			
<input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Da sforzo <input type="checkbox"/> A riposo	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Patologico	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Patologico			
UDITO:	VISTA:	STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE:			
<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Ipoacusia <input type="checkbox"/> Sordità <input type="checkbox"/> Apparecchio acustico sempre <input type="checkbox"/> Apparecchio acustico talvolta <input type="checkbox"/> Nessun ausilio <input type="checkbox"/> Ausilio autogestito <input type="checkbox"/> Comunica con scrittura <input type="checkbox"/> Comprende il linguaggio muto	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Occhiali <input type="checkbox"/> Occhiali per tv <input type="checkbox"/> Occhiali per lettura <input type="checkbox"/> Occhiali per lavorare <input type="checkbox"/> Ipovedente <input type="checkbox"/> Cecità <input type="checkbox"/> Completamente dipendente <input type="checkbox"/> Parzialmente dipendente <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Dopo ambientazione <input type="checkbox"/> Nessun ausilio	<input type="checkbox"/> Lucido <input type="checkbox"/> Apatico <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Agitato <input type="checkbox"/> Orientato <input type="checkbox"/> Demenza <input type="checkbox"/> Sindrome ansioso- depressiva <input type="checkbox"/> Psicosi <input type="checkbox"/> Violento/a			
LIVELLO DI COSCIENZA:	DETERIORAMENTO COGNITIVO	IN PASSATO HA FATTO USO DI:			
<input type="checkbox"/> Attento <input type="checkbox"/> Disattento <input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Lieve <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Grave		<i>farmaco</i>	<i>dose</i>	<i>durata</i>
		Benzodiazepin			
		e Neurolettici			
		Antidepressivi			
		Altro			
DISTURBI DEL LINGUAGGIO:	MEMORIA:	CONFUSIONE			
<input type="checkbox"/> Comunicazione libera <input type="checkbox"/> Afasia parziale e/o comprensibile <input type="checkbox"/> Afasico, cause..... <input type="checkbox"/> Laringectomizzato <input type="checkbox"/> Utilizzo larinfono <input type="checkbox"/> Non utilizzo larinfono <input type="checkbox"/> autogestione	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> occasionalmente smemorato <input type="checkbox"/> perdita di memoria a breve termine <input type="checkbox"/> perdita di memoria a lungo termine <input type="checkbox"/> non ha alcuna consapevolezza della propria condizione	<input type="checkbox"/> E' completamente confuso, così che sono compromesse la capacità di comunicare e le attività cognitive; la personalità è completamente destrutturata <input type="checkbox"/> E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni come dovrebbe <input type="checkbox"/> Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo <input type="checkbox"/> E' in grado di pensare chiaramente ed ha contatti non alterati con l'ambiente			

AGGRESSIVITÀ:	ANSIA	DEPRESSIONE
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
URLO:	REATTIVITÀ PSICHICA:	TENTATIVI SUICIDI PREGRESSI
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Collaborante <input type="checkbox"/> Indifferente <input type="checkbox"/> Apatico	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
DISORIENTAMENTO SPAZIO-TEMPORALE:	IRRITABILITÀ'	IRREQUIETEZZA
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> orientato in ambienti limitati riconosce le persone <input type="checkbox"/> non si muove autonomamente <input type="checkbox"/> completamente disorientato	<input type="checkbox"/> Qualsiasi contatto è causa di irritabilità <input type="checkbox"/> Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità, che non sempre è in grado di controllare <input type="checkbox"/> Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete <input type="checkbox"/> Non mostra segni di irritabilità ed è calmo	<input type="checkbox"/> Cammina avanti e indietro incessantemente, senza fermarsi, ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo <input type="checkbox"/> Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente; si alza in piedi durante la conversazione, contorce le mani, toccando in continuazione gli oggetti a portata di mano <input type="checkbox"/> Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione; ha difficoltà nel mantenere ferme mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti <input type="checkbox"/> Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità
AGITAZIONE PSICO-MOTORIA:	RICOVERI OSPEDALIERI	DIALISI
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si nei 6 mesi precedenti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Dialisi peritoneale <input type="checkbox"/> Dialisi extracorporea
DIABETICO/A	NECESSITÀ DI:	IN PASSATO HA EFFETTUATO TERAPIA RIABILITATIVA O FISICA:
<input type="checkbox"/> Diabete tipo _____ <input type="checkbox"/> Insulinodipendente <input type="checkbox"/> Non insulinodipendente <input type="checkbox"/> Seguito dalla diabetologia	<input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Mobilitazione attiva <input type="checkbox"/> Mobilitazione passiva	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Ø tipo _____ di trattamento _____ Ø distretto corporeo interessato _____ Ø risultati _____

STATO NUTRIZIONALE:	ATTIVITA'	DEAMBULAZIONE
<input type="checkbox"/> Normopeso <input type="checkbox"/> Magrezza <input type="checkbox"/> Obesità: <input type="checkbox"/> Lieve <input type="checkbox"/> Moderata <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Autonoma <input type="checkbox"/> Costretto a letto <input type="checkbox"/> Costretto in poltrona <input type="checkbox"/> Si sposta solo con aiuto di terzi <input type="checkbox"/> Automanovrata <input type="checkbox"/> Deambula con deambulatore <input type="checkbox"/> Una grucciona <input type="checkbox"/> Due grucce <input type="checkbox"/> Bastone <input type="checkbox"/> Carrozzina <input type="checkbox"/> Carrozzina con vassoio <input type="checkbox"/> Carrozzina con divaricatore <input type="checkbox"/> E' totalmente dipendente per gli spostamenti in carrozzina <input type="checkbox"/> E' in grado d'avanzare da solo ma necessita d'aiuto per aggirare ostacoli, per accostarsi al letto, al tavolo, ecc.	<input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Limitata <input type="checkbox"/> Non limitata <input type="checkbox"/> Instabile
INSUFFICIENZE MOTORIE	TRASFERIMENTO LETTO-SEDIA, SEDIA-LETTO	HA BISOGNO D'ALTRA PERSONA
<input type="checkbox"/> Protesi <input type="checkbox"/> Gamba <input type="checkbox"/> Coscia <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Articolari <input type="checkbox"/> Braccio <input type="checkbox"/> Busto <input type="checkbox"/> Portatore di tutore <input type="checkbox"/> Necessita di contenzioni/protezioni: <input type="checkbox"/> Sponde letto <input type="checkbox"/> Cinture/fasce addominali <input type="checkbox"/> Pettorina con incrocio <input type="checkbox"/> Fascia di contenzione notturna <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> è totalmente indipendente <input type="checkbox"/> collabora, ma necessita dell'assistenza di una persona per una o più fasi del trasferimento <input type="checkbox"/> è totalmente dipendente e necessita dell'aiuto di due persone per il trasferimento con o senza l'ausilio del sollevatore	<input type="checkbox"/> Nel camminare <input type="checkbox"/> Nel vestirsi <input type="checkbox"/> Nel mangiare <input type="checkbox"/> Lavarsi <input type="checkbox"/> Fare la doccia <input type="checkbox"/> Alzarsi dal letto <input type="checkbox"/> Uso dei servizi igienici
LESIONI DA DECUBITO:	STOMIA	INSUFFICIENZA RESPIRATORIA
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (specificare sede e grado): <input type="checkbox"/> lieve arrossamento <input type="checkbox"/> abrasione cutanea <input type="checkbox"/> interessamento del derma <input type="checkbox"/> escara necrotica – cratere ulcerativo	<input type="checkbox"/> Ureterostomia <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> tracheotomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> O2 al bisogno <input type="checkbox"/> O2 costante

BENESSERE:

da quanto tempo è malato (indicare una data)

.....

INVALIDITA' :

da quanto è dipendente (indicare una data)

.....

Il medico ritiene che la persona possa ritornare presso il proprio domicilio dopo il periodo di soggiorno?

- SI
 NO

ESAME OBIETTIVO PARTICOLARE

- Apparato cardiovascolare
 Apparato respiratorio
 Apparato digerente
 Apparato urino-genitale
 Apparato osteomuscolare
 Malattie del ricambio
 Malattie neurologiche e psichiche (in atto o pregresse)
 Malattie infettive contagiose (pregresse)

VALUTAZIONE COMPLESSIVA:

- NON AUTOSUFFICIENTE TOTALE
 NON AUTOSUFFICIENTE PARZIALE
 AUTOSUFFICIENTE PARZIALE

RICOVERI OSPEDALIERI : ultimo ricovero _____ causa _____

GRADO D'ISTRUZIONE:

- Alfabeti privi di titolo analfabeta licenza elementare licenza media inferiore
 avv. professionale diploma maturità Diploma universitario/laurea

PROFESSIONE SVOLTA:

- Casalinga Impiegato lavoratore autonomo libero professionista
 Nessuna operaio operaia pensionato

IL PRESENTE CERTIFICATO E' REDATTO DA:

- Medico di base/famiglia
 Medico ospedaliero
 Medico di Residenza Socio-sanitaria assistenziale
 Altro _____

Terapia in atto:

Recapito telefonico del Medico _____
_____ h _____

Firma e timbro del medico
