

QUADRO CLINICO

Da compilare dal medico curante e da allegare alla domanda di ammissione

Si dichiara che il/la Sig./Sig.ra

nato/a il / / a

presenta la seguente diagnosi:

Si allega la seguente documentazione

La terapia seguita attualmente è la seguente

N.B. Nel caso che l'Ospite provenga da ricovero ospedaliero o da Casa di Cura
allegare la cartella clinica

ALTRE NOTIZIE SULLE CONDIZIONI GENERALI DELL'OSPITE

Precedenti esperienze di ricovero in Istituti per Anziani?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Accudisce autonomamente all'igiene personale?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Si muove con totale o parziale autonomia?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Ha bisogno di essere accompagnato?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Ha bisogno di carrozzella o ausili che agevolano gli spostamenti?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
E' allettato/a?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
L'assistenza sanitaria deve essere di tipo particolare? se SI specificare	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO

E' possibile un recupero motorio?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
E' incontinente?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Manifesta disorientamento spazio-temporale?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Può essere accolto in reparto per AUTOSUFFICIENTI?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
E' persona capace di vivere in comunità?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
E' affetto da malattie infettive?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
E' persona pacifica?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Può essere pericolosa a sé o ad altri?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Trattasi di persona ansiosa?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO

In caso affermativo quali terapie sono suggerite?

Ha precedenti psichiatriche? se SI specificare tipologia:	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
--	--------------------------	----	--------------------------	----

Manifesta tendenza alla fuga?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Ha particolari esigenze dietetiche?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Trattasi di persona diabetica?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO

Valori normali della sua pressione arteriosa

Aggiungere ogni altra informazione atta ad esprimere un giudizio

Nei casi particolari è utile un contatto diretto, anche con la presenza dell'ospite,
con il sanitario della Casa.

Data ____ / ____ / ____

IL MEDICO CURANTE