

NOME _____

COGNOME _____

SOFFRE DI MALATTIA INFETTIVA SI NO QUALE _____

HA PATOLOGIE CRONICHE SI NO

indicare le principali patologie

RECENTI RICOVERI OSPEDALIERI SI NO CAUSA _____

E' STATO/E' SEGUITO DAL CSM SI NO

DIPENDENZE SI NO QUALE _____

DEFICIT COGNITIVI SI NO QUALE _____

INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI SI NO QUALI _____

TERAPIA FARMACOLOGICA ATTUALE (possibilmente con orari e posologie)

PIANI TERAPEUTICI ATTIVI SI NO

ALLERGIE/INTOLLERANZE SI NO QUALI _____

O2 TERAPIA SI NO

TRACHEOSTOMIA SI NO

PORTATORE DI PMK SI NO

DEFICIT Uditivo SI NO AUSILI _____

DEFICIT VISIVO SI NO AUSILI _____

UTILIZZO DI PROTESI SI NO QUALI _____

SI ALIMENTA AUTONOMAMENTE SI NO

HA DISTURBI DI DEGLUTIZIONE SI NO QUALI _____

PORTATORE DI PEG SI NO

NECESSITA DI DIETA SPECIALE SI NO

INCONTINENZA SI NO QUALE _____

CATETERE VESCICALE	SI	NO			
STOMIE	SI	NO	QUALE	_____	
DEAMBULAZIONE AUTONOMA	SI	NO			
UTILIZZO AUSILI	SI	NO	QUALI	_____	
ALLETTATO	SI	NO			
SI ALZA DA SOLO DAL LETTO	SI	NO			
SI VESTE IN AUTONOMIA	SI	NO	COLLABORANTE	SI	NO
SI LAVA IN AUTONOMIA	SI	NO	COLLABORANTE	SI	NO
DISTURBI DEL SONNO	SI	NO	QUALE	_____	
AGITAZIONE PSICOMOTORIA	SI	NO			
WANDERING	SI	NO			
TENTATIVI DI FUGA	SI	NO			
AGGRESSIVITA' VERBALE	SI	NO			
AGGRESSIVITA' FISICA	SI	NO			
ORIENTAMENTO SPAZIALE	SI	NO			
ORIENTAMENTO TEMPORALE	SI	NO			

ALTRE INFORMAZIONI UTILI _____

DATA	IL MEDICO CURANTE
_____	_____