



SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICA

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

QUADRO CLINICO: PATOLOGIE PRINCIPALI

INDICE DI COMORBILITÀ CIRS	DIAGNOSI	ASSENTE	LIEVE	MODERATO	GRAVE	MOLTO GRAVE
Patologie Cardiache (solo cuore) Portatore di PM: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Ipertensione Si valuta la severità. Gli organi coinvolti vanno considerati separatamente.		<input type="checkbox"/>				
Apparato vascolare Sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico.		<input type="checkbox"/>				
Apparato respiratorio Polmoni, bronchi, trachea, sotto la laringe.		<input type="checkbox"/>				
Occhi / O.R.L. Occhi, orecchio, naso, gola, laringe.		<input type="checkbox"/>				
Apparato digerente tratto superiore Esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas.		<input type="checkbox"/>				
Apparato digerente tratto inferiore Intestino, ernie		<input type="checkbox"/>				
Fegato Solo fegato		<input type="checkbox"/>				
Rene Solo rene		<input type="checkbox"/>				
Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie Mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali.		<input type="checkbox"/>				
Apparato muscolo-scheletrico e cute Muscoli, scheletro, tegumenti		<input type="checkbox"/>				
Patologie sistema nervoso Sistema nervoso centrale e periferico Non include demenza		<input type="checkbox"/>				
Patologie sistema endocrino-metabolico Include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici		<input type="checkbox"/>				
Stato mentale e comportamentale Include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi		<input type="checkbox"/>				



Trasferimento letto sedia	<input type="checkbox"/> No, non è in grado. Richiede la completa assistenza di due persone <input type="checkbox"/> È necessaria la completa assistenza di una persona per tutte le fasi della manovra <input type="checkbox"/> Per una o più fasi del trasferimento è necessaria l'assistenza di una persona <input type="checkbox"/> Occorre la presenza di una persona ma solo per infondere fiducia o garantire sicurezza <input type="checkbox"/> È completamente autonoma e No, non è in grado <input type="checkbox"/> È in grado, ma è necessaria la presenza costante di una o più persone <input type="checkbox"/> Serve aiuto, ma solo per raggiungere il bastone o altri ausili <input type="checkbox"/> È necessaria una supervisione che garantisca fiducia o sicurezza di fronte a situazioni pericolose <input type="checkbox"/> Sì, percorre almeno 50 metri senza aiuto o supervisione (non importa se col bastone o altro ausilio)
Deambulazione	<input type="checkbox"/> No, non è in grado <input type="checkbox"/> È in grado, ma è necessaria la presenza costante di una o più persone <input type="checkbox"/> Serve aiuto, ma solo per raggiungere il bastone o altri ausili <input type="checkbox"/> È necessaria una supervisione che garantisca fiducia o sicurezza di fronte a situazioni pericolose <input type="checkbox"/> Sì, percorre almeno 50 metri senza aiuto o supervisione (non importa se col bastone o altro ausilio)
Locomozione sedia a rotelle	<input type="checkbox"/> No, non è in grado <input type="checkbox"/> Sì, ma solo per brevi tratti e su superficie piana <input type="checkbox"/> Serve aiuto solo per accostarsi al tavolo o al letto <input type="checkbox"/> Serve aiuto solo negli spazi più angusti <input type="checkbox"/> È totalmente autonoma
Igiene personale	<input type="checkbox"/> No, non è in grado. È completamente dipendente dagli altri <input type="checkbox"/> È necessario aiutarla in tutte le fasi dell'igiene personale <input type="checkbox"/> È necessario aiutarla solo in alcune fasi dell'igiene personale <input type="checkbox"/> È in grado, ma richiede solo un minimo di assistenza prima o dopo l'operazione da eseguire <input type="checkbox"/> È completamente autonoma
Alimentazione	<input type="checkbox"/> No, non è in grado. Va imboccata o è nutrita per altre vie (nutrizione enterale o parenterale) <input type="checkbox"/> Riesce a manipolare una posata, ma è necessaria assistenza attiva per tutto il pasto <input type="checkbox"/> Serve assistenza per atti più complicati, come versare il latte e lo zucchero nel The, aggiungere sale o pepe, imbrattare, rovesciare un piatto <input type="checkbox"/> Serve aiuto solo per tagliare la carne, aprire un cartone di latte, maneggiare coperti di barattoli <input type="checkbox"/> È completamente autonoma
Confusione	<input type="checkbox"/> Sì, le capacità di pensiero sono completamente destrutturate <input type="checkbox"/> Appare chiaramente confusa e non si comporta, in alcune situazioni, come dovrebbe <input type="checkbox"/> Appare incerta e dubbiosa, ma sembra ancora orientata nel tempo e nello spazio <input type="checkbox"/> La persona è in grado di pensare chiaramente e ha contatti normali con l'ambiente
Irritabilità	<input type="checkbox"/> Sì, sempre <input type="checkbox"/> Si irrita facilmente, anche in occasioni o per stimoli che non dovrebbero essere provocatori <input type="checkbox"/> Si irrita solo se provocato e se le vengono rivolte domande indiscrete <input type="checkbox"/> No, è sempre calma
Irrequietezza	<input type="checkbox"/> Sì, è incapace di stare ferma anche per brevi periodi di tempo o cammina incessantemente <input type="checkbox"/> È molto irrequieta: non riesce a stare seduta, contorce le mani, tocca in continuazione gli oggetti a portata di mano <input type="checkbox"/> Si agita, gesticola, ha difficoltà di tenere fermi mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti <input type="checkbox"/> La persona non mostra alcun segno di irrequietezza motoria;



MALATTIE CONTAGIOSE IN ATTO _____

ALLERGIE

No

Sì

Non note

INTERVENTI CHIRURGICI E/O RICOVERI OSPEDALIERI E RIABILITATIVI
(NEGLI ULTIMI 12 MESI) _____

ASPETTI CLINICO FUNZIONALI

Autonomia nel movimento <i>È possibile barrare più caselle</i>	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza	<input type="checkbox"/> utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento	<input type="checkbox"/> necessità di aiuto costante per la deambulazione	<input type="checkbox"/> mobilizzazione solo in poltrona e/o cambi posturali a letto	<input type="checkbox"/> necessità di usare il sollevatore	<input type="checkbox"/> immobilità a letto
Utilizzo ausili per la deambulazione <i>È possibile barrare più caselle</i>	<input type="checkbox"/> bastone	<input type="checkbox"/> deambulatore / girello	<input type="checkbox"/> carrozzina	<input type="checkbox"/> altro		
Autonomia generale e cura personale	<input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza	<input type="checkbox"/> aiuto parziale	<input type="checkbox"/> aiuto totale			
Autonomia all'uso dei servizi igienici	<input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza	<input type="checkbox"/> aiuto parziale	<input type="checkbox"/> aiuto totale			
Incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì				
Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	Data ultimo posizionamento: / /			
Presidi assorbenti	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì				
Nefro/urostomia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì				
Incontinenza fecale	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> Stomia	Sede:		
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> Continua	<input type="checkbox"/> Discontinua		
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	Tipo canula:			
Ventilazione	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> Invasiva	<input type="checkbox"/> Non invasiva		
Catetere venoso centrale (CVC)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	Sede:			
Lesione da pressione	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	Sede stadio:	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	
Altre lesione cutanee <i>Incluse ferite chirurgiche</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	Sede:			
Cadute ricorrenti <i>Anche senza conseguenze traumatiche</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	N. di cadute nell'anno:			



DEFICIT SENSORIALI

Ipovisus	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Cecità assoluta	<input type="checkbox"/> Si
Ipoacusia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Corretta con protesi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
			Sordità assoluta	<input type="checkbox"/> Si

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

Stato di coscienza alterato	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Soporoso	<input type="checkbox"/> coma/stato vegetativo (GCS: _____ /15)
Deficit memoria	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si		
Disorientamento	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Temporale	<input type="checkbox"/> Spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Di che tipo:	
Crisi d'ansia / Attacchi di panico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Frequenza:	
Deflessione del tono dell'umore	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si		
Deliri	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si		
Allucinazioni	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si		
Aggressività	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Fisica	<input type="checkbox"/> Verbale
Distrubi del sonno	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> inversione ritmo sonno-sveglia	
Wandering / affaccendamento <i>cammino afinalistico</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si		
Tentativi di allontanamento inconsapevole / tentativo fuga	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si		
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela <i>Contenzioni</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Di che tipo:	
Etilismo/potus	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Fisica	<input type="checkbox"/> Verbale
Abuso / dipendenza da sostanze	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Attuale	<input type="checkbox"/> Progresso
			Di che tipo:	
Dipendenza gioco	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Di che tipo:	
Tentato suicidio	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Indicare la data: / /	
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Quale:	

Eventuali note / osservazioni _____



Peso corporeo Kg

Altezza Cm

Intolleranze No Si Non note | Di che tipo:

TERAPIA

 Non assume terapia farmacologica

TERAPIA IN ATTO E ORARI DI SOMMINISTRAZIONE

FARMACO / PRINCIPIO ATTIVO	POSOLOGIA

ALTRI TRATTAMENTI

Emotrasfusione No Si | Di che tipo:Dialisi No Si Emodialisi Dialisi peritoneale

Altro (Chemioterapia, radioterapia, etc)

Eventuali note / osservazioni _____

Data presunta dimissione

Se proveniente da altra struttura sanitaria o sociosanitaria

/ /

DATI MEDICO CURANTE

Nome e Cognome _____

Recapito _____

Tel. diretto _____

Fax _____

E-mail diretta _____

Timbro e firma
del medico curante

Data compilazione ____ / ____ / ____

CASA DI RIPOSO
Giulio Gianetti

