



## SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICA

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

### QUADRO CLINICO: PATOLOGIE PRINCIPALI

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



<b>Trasferimento letto sedia</b>	<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)
<b>Deambulazione</b>	<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)
<b>Locomozione sedia a rotelle</b>	<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
<b>Igiene personale</b>	<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
<b>Alimentazione</b>	<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
<b>Confusione</b>	<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
<b>Irritabilità</b>	<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
<b>Irrequietezza</b>	<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

<b>Autonomia nel movimento</b> <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
<b>Utilizzo ausili per la deambulazione</b> <i>È possibile barrare più caselle</i>	<input type="checkbox"/> bastone	<input type="checkbox"/> deambulatore / girello	<input type="checkbox"/> carrozzina	<input type="checkbox"/> altro		
<b>Autonomia generale e cura personale</b>	<input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza	<input type="checkbox"/> aiuto parziale	<input type="checkbox"/> aiuto totale			
<b>Autonomia all'uso dei servizi igienici</b>	<input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza	<input type="checkbox"/> aiuto parziale	<input type="checkbox"/> aiuto totale			
<b>Incontinenza urinaria</b>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì				
<b>Catetere vescicale</b>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	Data ultimo posizionamento: / /			
<b>Presidi assorbenti</b>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì				
<b>Nefro/urostomia</b>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì				
<b>Incontinenza fecale</b>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> Stomia	Sede:		
<b>Ossigenoterapia</b>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> Continua	<input type="checkbox"/> Discontinua		
<b>Tracheostomia</b>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	Tipo canula:			
<b>Ventilazione</b>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> Invasiva	<input type="checkbox"/> Non invasiva		
<b>Catetere venoso centrale (CVC)</b>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	Sede:			
<b>Lesione da pressione</b>	<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	
<b>Altre lesione cutanee</b> <i>Incluse ferite chirurgiche</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	Sede:			
<b>Cadute ricorrenti</b> <i>Anche senza conseguenze traumatiche</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	N. di cadute nell'anno:			



## DEFICIT SENSORIALI

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

## DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

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

