

## INFORMAZIONI SANITARIE

(a cura del medico curante)

Cognome e nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

### Patologie presenti

	No	Sì	Diagnosi
Patologie cardiache			
Ipertensione arteriosa			
Patologie vascolari/ematologiche			
Patologie respiratorie			
Vista, udito, naso, gola, laringe			
Apparato digerente			
Patologie epatiche			
Patologie renali			
Altre patologie genito-urinarie			
Sistema muscolo-scheletrico e Cute			
Patologie neurologiche			
Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sepsi e stati tossici)			
Patologie psichiatrico-comportamentali			
Diabete			

Altro: \_\_\_\_\_

Problemi clinici prevalenti \_\_\_\_\_

Patologie infettive/contagiose presenti \_\_\_\_\_

Terapia farmacologica in corso (indicare farmaco e posologia) \_\_\_\_\_

Allergie a: \_\_\_\_\_

**Aspetto comportamentale**

Ansia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Depressione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Deliri o allucinazioni	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Agitazione psico-motoria diurna	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Deambulazione incessante	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Affaccendamento afinalistico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Inversione del ritmo sonno-veglia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Aggressività	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Urla, lamentazioni, vocalizzazioni ripetitive	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Comportamenti autolesivi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

**Andatura a rischio cadute?**

Cadute negli ultimi 3 mesi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

se si, numero cadute |\_\_\_|

**Altre informazioni sanitarie**

Problemi di alimentazione?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
disfagia – altri disturbi della deglutizione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
nutrizione artificiale enterale		
con gastrostomia (PEG) o digiunostomia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
con sondino naso gastrico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
nutrizione parenterale totale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

**La persona è in dialisi**

dialisi peritoneale automatica o manuale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
dialisi extracorporea ambulatoriale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
dove effettua la dialisi _____		

**È Presente Insufficienza Respiratoria?**

ossigeno occasionalmente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ossigeno almeno 6 ore al giorno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ossigenoterapia continua	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
tracheostomia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ventilazione meccanica invasiva / non invasiva	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

**La persona è affetta da diabete mellito?**

è trattato con la sola dieta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
farmaci antidiabetici orali	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
insulina	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

**La persona ha lesioni da decubito?**

sacrali o trocanteriche	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
arti inferiori o altre sedi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

**La persona ha ulcere vascolari?**

	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------	-----------------------------

**Ci sono problemi di continenza vescicale?**

presidi per incontinenza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
catetere vescicale a permanenza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
cateterismo intermittente con Nelaton	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
enterostomia, colostomia, ureterocutaneostomia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Recapiti telefonici Medico \_\_\_\_\_

timbro e firma del medico \_\_\_\_\_ data di compilazione \_\_\_\_\_