

Sig/Sig.ra

Nato/a a il

Abitante a Via

Tessera Sanitaria

Anamnesi patologia remota

.....

.....

.....

.....

.....

Anamnesi patologia prossima

.....

.....

.....

.....

Terapia in atto

.....

.....

.....

.....

Allergie a farmaci ?

sì, a quali

.....

Osservazioni

.....

.....

.....

Respiro

- ossigeno terapia tracheostomia
 altro

Vista e udito

- normale grave deficit uditivo non correggibile
 deficit corretto da protesi e/o occhiali in uso cecità completa
 grave deficit visivo non correggibile sordità completa

Linguaggio

- Normale Disartria
 Afasia con buona comprensione Afasia globale
 altro

Alimentazione

- cibi frullati cibi omogeneizzati
 malnutrizione obesità
 disfagia nutrizione artificiale (sondino...)
 rifiuto del cibo altro

Allergie e intolleranze alimentari conosciute
.....

Alvo e diuresi

- Autonomo presidi assorbenti
 Incontinenza portatore di ano Praeternaturale
 Cateteri Altro.....

Disturbi comportamentali

- nessuno vagabondaggio
 ansia inversione ritmo sonno - veglia
 depressione auto etero aggressività
 deliri (di persecuzione, di gelosia, ecc) urla, lamentazioni o vocalismi ripetitivi
 forme di demenza in cura presso servizi psichiatrici

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> allucinazioni | <input type="checkbox"/> tentati suicidi |
| <input type="checkbox"/> agitazione psicomotoria notturna | <input type="checkbox"/> etilismo attuale |
| <input type="checkbox"/> agitazione psicomotoria diurna | <input type="checkbox"/> etilismo pregresso |
| <input type="checkbox"/> rifiuto dell'assistenza nelle attività della vita quotidiana | |
| <input type="checkbox"/> altro | |

Movimento

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Autonomo | <input type="checkbox"/> In carrozzina |
| <input type="checkbox"/> Girello | <input type="checkbox"/> Altro..... |
| Motivo della ridotta motilità | |

Medicazioni

- | | |
|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> lesioni da decubito localizzazione | stadio |
| <input type="checkbox"/> altre medicazioni | |

Lì,

Il Medico (timbro e firma)

.....