

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ossigeno terapia | <input type="checkbox"/> tracheostomia |
| <input type="checkbox"/> altro | |

Vista e udito

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> normale | <input type="checkbox"/> grave deficit uditivo non correggibile |
| <input type="checkbox"/> deficit corretto da protesi e/o occhiali in uso | <input type="checkbox"/> cecità completa |
| <input type="checkbox"/> grave deficit visivo non correggibile | <input type="checkbox"/> sordità completa |

Linguaggio

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Normale | <input type="checkbox"/> Disartria |
| <input type="checkbox"/> Afasia con buona comprensione | <input type="checkbox"/> Afasia globale |
| <input type="checkbox"/> altro | |

Alimentazione

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> cibi frullati | <input type="checkbox"/> cibi omogeneizzati |
| <input type="checkbox"/> malnutrizione | <input type="checkbox"/> obesità |
| <input type="checkbox"/> disfagia | <input type="checkbox"/> nutrizione artificiale (sondino...) |
| <input type="checkbox"/> rifiuto del cibo | <input type="checkbox"/> altro |

Allergie e intolleranze alimentari conosciute

.....

Alvo e diuresi

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Autonomo | <input type="checkbox"/> presidi assorbenti |
| <input type="checkbox"/> Incontinenza | <input type="checkbox"/> portatore di ano Praeternaturale |
| <input type="checkbox"/> Cateteri | <input type="checkbox"/> Altro..... |

Disturbi comportamentali

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> nessuno | <input type="checkbox"/> vagabondaggio |
| <input type="checkbox"/> ansia | <input type="checkbox"/> inversione ritmo sonno - veglia |
| <input type="checkbox"/> depressione | <input type="checkbox"/> auto etero aggressività |
| <input type="checkbox"/> deliri (di persecuzione, di gelosia, ecc) | <input type="checkbox"/> urla, lamentazioni o vocalismi ripetitivi |
| <input type="checkbox"/> forme di demenza | <input type="checkbox"/> 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

- lesioni da decubito localizzazione stadio
- altre medicazioni

Lì,

Il Medico (timbro e firma)

.....