

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)

.....