

SCHEDA SANITARIA –PER C.D.I. **COMPILAZIONE AFFIDATA AL MEDICO CURANTE**

L'obiettivo di questa scheda è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo delle condizioni cliniche del Suo assistito, al fine di valutare l' idoneità di inserimento presso il CDI.

La scheda sanitaria deve essere compilata, in maniera leggibile e completa.

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____

QUADRO CLINICO

PATOLOGIE PRINCIPALI

Malattie neurologiche e psichiatriche, in atto o pregresse.
Specificare se presente diagnosi di demenza. Indicare se in carico presso CPS.

Malattie infettive contagiose (in atto o pregresse)

Interventi chirurgici

Ricoveri ospedalieri e riabilitativi

Tabagismo SI NO

Alcolismo SI NO

Altri aspetti clinici e funzionali

Tracheostomia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Incontinenza fecale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Ano preternaturale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Altre lesioni cutanee	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Medicazioni chirurgiche	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Di che tipo:	
Utilizzo protesi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Di che tipo:	
Utilizzo ausili per la deambulazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Di che tipo:	
Cadute negli ultimi sei mesi:		<input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> da 1 a 3 volte <input type="checkbox"/> più di tre volte	

Deficit sensoriali

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

Disturbi cognitivi, comportamentali, dell'umore e problemi psichiatrici

Deficit di memoria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Disorientamento	<input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale <input type="checkbox"/> NO
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Di che tipo:	
Deliri	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Allucinazioni	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Crisi d'ansia / attacchi di panico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Deflessione del tono dell'umore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Aggressività	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Etilismo	<input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso
Wandering	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tentativi di fuga	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se sì, di che tipo:	
Tentato suicidio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se sì, indicare la data	__ / __ / ____

Problemi e condizioni correlate all'alimentazione

Rifiuto del cibo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Disfagia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Malnutrizione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cibi frullati o omogeneizzati	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Obesità	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Dieta specifica Di che tipo:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

