

## SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>
<b>Luogo</b>	<b>Data di nascita</b>

☐ IL/LA PAZIENTE È A DOMICILIO

☐ IL/LA PAZIENTE È PRESSO UNA STRUTTURA SOCIO-SANITARIA

SPECIFICARE \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

☐ IL/LA PAZIENTE È PRESSO UNA STRUTTURA SANITARIA  
(OSPEDALE, CASA DI CURA, CAVS, ...)

SPECIFICARE \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

☐ la scheda informativa è stata compilata con il supporto delle informazioni presenti nella documentazione della Struttura Sanitaria

☐ la scheda informativa è stata compilata senza il supporto delle informazioni presenti nella documentazione della Struttura Sanitaria

**Sintesi clinico-anamnestica con particolare riferimento alle patologie invalidanti:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Terapia in atto:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## CONDIZIONI ATTUALI

### DEFICIT SENSORIALI:

- ☐ grave deficit visivo (anche con correzione)
- ☐ grave deficit uditivo (anche con correzione)

Nota

---

### DEAMBULAZIONE:

- ☐ normale
- ☐ cammina con aiuto o assistenza
- ☐ presenta rischio di caduta
- ☐ costretto a letto, poltrona o carrozzella

Nota

---

### INCONTINENZA ☐ sì ☐ no

- Urinaria ☐ saltuaria ☐ permanente
- Fecale ☐ saltuaria ☐ permanente
- ☐ Catetere vescicale

Nota

---

## ALIMENTAZIONE

- ☐ autonoma
- ☐ deve essere imboccato
- ☐ presenta disfagia

Presenza di magrezza patologica    ☐ sì    ☐ no

Presenza di obesità patologica    ☐ sì    ☐ no

Nota

---

---

## DISTURBI MOTORI

Paralisi / paresi di

---

---

Instabilità motoria    ☐ sì    ☐ no

Deficit equilibrio    ☐ sì    ☐ no

Tendenza alle cadute    ☐ sì    ☐ no

Nota

---

---

## VALUTAZIONE PSICO-RELAZIONALE

Disturbi importanti della memoria	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Orientamento temporo/spaziale	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> patologico
<i>se patologico</i>		
Episodi di disorientamento t/s	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Disorientamento costante	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Disturbi della parola	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Disturbi della comunicazione	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Note

## DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

Aggressività verbale	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Pone domande ripetitivamente	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Si sente ansioso, agitato, preoccupato, costantemente inquieto	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Allucinazioni/deliri	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Attività motoria afinalistica (wandering, fughe)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Aggressività fisica	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Comportamento socialmente inadeguato/disinibizione	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Alterazione severa del ritmo sonno veglia/insonnia grave	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Rifiuto dell'assistenza	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Comportamento alimentare gravemente alterato	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Note

Utilizzo di psicofarmaci (specificare)

**TONO DELL'UMORE**☐ normale☐ depresso☐ euforicoha assunto terapie antidepressive nell'ultimo anno ☐ sì ☐ nosta assumendo terapie antidepressive ☐ sì ☐ no

Note

**ALLERGIE**

## TRATTAMENTI SPECIALISTICI

Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
SNG/PEG	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Respiratorie/Ventilazione Assistita	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Dialisi	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Ulcere da decubito	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione stomia (colon o altre)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Trattamenti ulcere cutanee (non da pressione)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione C.V.C.	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione terapia con microinfusori /elastomeri	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione cateterismo peridurale	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Drenaggi	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Trattamento riabilitativo post acuto	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Altro (specificare):

---

---

---

---

**OSSERVAZIONI**

---

---

---

---

---

---

---

**Data di compilazione**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Timbro e firma leggibile**

**MMG/Medico Curante**

\_\_\_\_\_