

## SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA

|         |                 |
|---------|-----------------|
| Cognome | Nome            |
| Luogo   | Data di nascita |

- 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       sì       no
- Orientamento temporo/spaziale       normale       patologico  
*se patologico*
- Episodi di disorientamento t/s       sì       no
- Disorientamento costante       sì       no
- Disturbi della parola       sì       no
- Disturbi della comunicazione       sì       no

Note

---

---

---

## DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

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

\_\_\_\_\_