SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA

Cognome	**Nome**
Luogo	**Data di nascita**
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

Urinaria

□ SI □ NO

□ Saltuariamente □ permanente

Fecale

□ saltuaria □ permanente

□ catetere vescicole □ colostomia

Nota

ALIMENTAZIONE

- ○ autonoma
- ○ deve essere imboccato
- ○ presenya disfagia
- ○ presenza PEG

Presenza di magrezza patologica SI NO

Nota

DISTURBI MOTORI

Paralisi/paresi di

Instabilità motoria	SI	NO
Decifit equilibrio	SI	NO
Tendenza alle cadute	SI	NO

Nota

VALUTAZIONE SPICO –RELAZIONALE

Disturbi importanti della memoria	SI	NO
Orientamento tempo/spazio	SI	NO
Episodi di disorientamento t/s	SI	NO
Disorientamento costante	SI	NO
Disturbi della parola	SI	NO
Disturbi della comunicazione	SI	NO

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

Agitazione psico – motoria costante saltuaria

Aggressività verbale fisica

Deambulazione afinalistica fughe wandering

Insonnia ☐

Inversione del ritmo sonno sveglia ☐

Utilizzo di psicofarmaci (specificare)

TONO DELL'UMORE

- normale
- depresso
- euforico

Pratica /ha praticato terapie antidepressive SI NO

Note

PRESENZA DI LESIONI CUTANEE

- SI
- NO

Sedi e attuali medicazioni

ALLERGIE

OSSERVAZIONI

Data compilazione

Timbro e firma leggibile
MMG/Medico Curante