|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DATA E LUOGO DI NASCITA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| QUADRO CLINICO: PATOLOGIE PRINCIPALI | | | | | | |
| INDICE DI COMORBILITÀ (CIRS) | DIAGNOSI | ASSENTE | LIEVE | MODERATO | GRAVE | MOLTO GRAVE |
| **Patologie cardiache** (solo cuore)  Portatore di PM: □ NO - □ SI |  |  |  |  |  |  |
| **Ipertensione**  (si valuta la severità; gli organi coinvolti vanno considerati separatamente) |  |  |  |  |  |  |
| **Apparato vascolare** (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico) |  |  |  |  |  |  |
| **Apparato respiratorio**  (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe) |  |  |  |  |  |  |
| **Occhi /O.R.L.**  (occhio, orecchio, naso, gola, laringe |  |  |  |  |  |  |
| **Apparato digerente tratto superiore**  (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas) |  |  |  |  |  |  |
| **Apparato digerente tratto inferiore** (intestino, ernie) |  |  |  |  |  |  |
| **Fegato**  (salo fegato) |  |  |  |  |  |  |
| **Rene**  (solo rene) |  |  |  |  |  |  |
| **Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie** (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali) |  |  |  |  |  |  |
| **Apparato Muscolo-Scheletro e Cute** (muscoli, scheletro, tegumenti) |  |  |  |  |  |  |
| **Patologie sistema nervoso**  (sistema nervoso centrale e periferico: ***non include la demenza)*** |  |  |  |  |  |  |
| **Patologie sistema Endocrino-Metabolico** (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici) |  |  |  |  |  |  |
| **Stato mentale e comportamentale *(include demenza,*** depressione, ansia, agitazione, psicosi) |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MALATTIE INFETTIVE CONTAGIOSE IN ATTO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| **VACCINAZIONI** | COVID – 19 (ultima dose e quante dosi) |  | | | | |
|  | ANTINFLUENZALE |  | | | | |
|  | ALTRE (ES. EPATITE, FUOCO DI SANT’ANTONIO) |  | | | | |
| **ALLERGIE** | NON NOTE | NO | SI | DI CHE TIPO: | | |
| **INTERVENTI CHIRURGICI E/O RICOVERI OSPEDALIERI E RIABILITATIVI (NEGLI ULTIMI 12 MESI):** | | | | | | |
| **ASPETTI CLINICO – FUNZIONALI** | | | | | | |
| Autonomia nel movimento  (è possibile barrare più caselle) | | senza aiuto/sorveglianza   utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento  necessità di aiuto costante per la deambulazione   mobilizzazione solo in poltrona e/o cambi posturali a letto  necessità di usare il sollevatore  immobilità a letto | | | | |
| Utilizzo ausili per la deambulazione (è possibile barrare più caselle) | | bastone  Carrozzina  deambulatore/girello  altro | | | | |
| Autonomia igiene e cura personale | | senza aiuto/ sorveglianza   aiuto parziale  aiuto totale | | | | |
| Autonomia nell’uso dei servizi igienici | | senza aiuto/sorveglianza  aiuto parziale  aiuto totale | | | | |
| Incontinenza urinaria | | NO | SI |  | | |
| Catetere vescicale  Presidi assorbenti  Nefro /urostomia | | NO  NO  NO | SI  SI  SI | DATA ULTIMO POSIZIONAMENTO:  ………./………/20… | | |
| Incontinenza fecale | | NO | SI | STOMIA, sede: | | |
| Ossigenoterapia | | NO | SI | CONTINUA | | DISCONTINUA |
| Tracheostomia | | NO | SI (TIPO DI CANNULA) | | | |
| Ventilazione | | NO | SI Invasiva Non invasiva | | | |
| Catetere venoso centrale (CVC) | | NO | SI SEDE: | | | |
| Lesioni da pressione | | NO | SI | SEDE: | STADIO:  I;  II;  III;  IV | |
| SEDE: | | STADIO:  I;  II;  III;  IV | |
| Altre lesioni cutanee  (incluso ferite chirurgiche) | | NO | SI SEDE: | | | |
| Cadute ricorrenti  (anche senza conseguenze traumatiche) | | NO | SI - NUMERO DI CADUTE NELL’ANNO: | | | |

**DEFICIT SENSORIALI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ipovisus | NO | SI | Cecità assoluta | SI |
| Ipoacusia | NO | SI | CORRETTA CON PROTESI:  NO  SI | SORDITA’ ASSOLUTA  SI |

**DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL’UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Stato di coscienza alterato | | | NO | | | | SI | | | | SOPOROSO | | | COMA/STATO VEGETATIVO (GCS:…../15 | | | | | | | | | | | | |
| Deficit di memoria | | | NO | | | | SI | | | | DISORIENTAMENTO  NO;  SI;  TEMPORALE;  SPAZIALE | | | | | | | | | | | | | | | |
| Disturbi del linguaggio e della comunicazione | | | NO | | | | SI | | | | DI CHE TIPO: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Crisi d’ansia/attacchi di panico  FREQUENZA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | NO | | | | SI | | | | Deflessione del tono dell’umore  NO;  SI | | | | | | | | | | | | | | | |
| Deliri | | | NO | | | | SI | | | | Allucinazioni | | | NO | | | | | | | | | SI | | | |
| Aggressività | | | NO | | | | SI | | | | FISICA | | | VERBALE | | | | | | | | | | | | |
| Disturbi del sonno | | | NO | | | | SI | | | | INVERSIONE RITMO SONNO - VEGLIA | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wandering (cammino afinalistico) / affacendamento | | | NO | | | | SI | | | | Tentativi di allontanamento inconsapevole/tentativo di fuga | | | | | | | | | NO | | | | SI | | |
| Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni) | | | NO | | | | SI | | | | DI CHE TIPO: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Etilismo/potus | | | NO | | | | SI | | | | ATTUALE | | | PREGRESSO | | | | | | | | | | | | |
| Abuso/dipendenza da sostanze | | | NO | | | | SI | | | | ATTUALE | | PREGRESSO | | | | | DI CHE TIPO: | | | | | | | | |
| Dipendenza gioco | | | NO | | | | SI | | | | DI CHE TIPO: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tentativo suicidio | | | NO | | | | SI | | | | INDICARE LA DATA: | | | | | | | | | | | | | | | |
| In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici | | | NO | | | | SI | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eventuali note e osservazioni: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL’ALIMENTAZIONE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autonomia nell’alimentazione | | | senza aiuto/sorveglianza  necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.)  necessita di aiuto costante nell’alimentarsi/imboccamento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Edentulia | | | NO | | | | SI | | | | PROTESI | | | INFERIORE | | | | | | | | | SUPERIORE | | | |
| SCHELETRATO | | | INFERIORE | | | | | | | | | SUPERIORE | | | |
| Rifiuto del cibo | | | NO | | | | SI | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Disfagia | | | NO | | | | SI | | | | Cibi frullati o omogeneizzati | | | | | | | | | | NO | | | | SI | |
|  | | | | | | | | Addensanti | | | | | | | | | | NO | | | | SI | |
| Dieta specifica | NO | SI, DI CHE TIPO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alimentazione  enterale | NO | SI | | PEG | | | | SNG | | Alimentazione  parenterale | | | | | NO | | SI | | | | | PERIFERICA | | | | CENTRALE | | |
| Peso corporeo: | | Kg: | | | | Altezza: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Intolleranze | | NON NOTE | | |  | | | | NO | | | SI, DI CHE TIPO | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TERAPIA**  Non assume terapia farmacologica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Terapia in atto ed orari di somministrazione: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Farmaco/Principio attivo** | | | | | | **Posologia** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ALTRI TRATTAMENTI:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Emotrasfusione | | | | | NO | | | | SI | | | TIPO: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dialisi | | | | | NO | | | | SI | | | EMODIALISI | | | | DIALISI PERITONEALE | | | | | | | | | | | |
| Altro (chemioterapia, radioterapia, etc.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eventuale approfondimento: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data presunta dimissione (se proveniente da altra struttura sanitaria o socio sanitaria): \_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome e Cognome medico curante:  Recapito:  tel. Diretto:  fax:  e-mail diretta: | | | | | | | | | | | | Timbro e firma del medico curante | | | | | | | | | | | | | | | |

Data di compilazione: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_