|  |
| --- |
| 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 vescicalePresidi assorbentiNefro /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 panicoFREQUENZA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  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\_\_