

QUESTIONARIO MEDICO

PER IL RICOVERO DEL/LA SIGNOR/A

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il ____ / ____ / ____

Residente a _____ Prov. _____ dal ____ / ____

DIAGNOSI _____

TERAPIA IN ATTO: _____

ALVO normale stipsi diarrea incontinenza

fa uso di lassativi sì no TIPO _____

portatore di colostomia sì no

DIURESIS normale oliguria anuria poliuria incontinenza

portatore di catetere vescicale si no _____ dal giorno _____

presidi assorbenti si no _____

nefro/urostomia si no

ALIMENTAZIONE autonoma necessita di assistenza dieta specifica si no

Rifiuto del cibo si no

Disfagia si no

Alimentazione enterale si no PEG SNG

Alimentazione parenterale si no periferica centrale

PESO kg

ALTEZZA cm

RESPIRO eupnea dispnea apnea presenta fame d'aria

ossigenoterapia si no continua discontinua

Tracheostomia si no ventilazione si no invasiva non invasiva

CUORE E SISTEMA CIRCOLATORIO _____

Apparato digerente _____

SONNO notturno diurno

fa uso di sonniferi sì no TIPO _____

MOTILITA'

deambulazione

normale difficoltosa impossibile

utilizzo ausili per deambulazione

bastone carrozzina deambulatore, girello altro

cadute ricorrenti

sì no

autonomia nell'uso della toilette

sì no

capacità di mantenere la posizione seduta

sì no

Il paziente è in grado di provvedere alla propria igiene quotidiana sì no

DISTURBI PRINCIPALI O CONCOMITANTI

crisi epilettiche demenza demenza tipo Alzheimer altre patologie del sistema nervoso

(specificare) _____

abuso etilico diabete depressione grave

positività per epatite virale positività per HIV ipertensione

positività per VDRL-TPHA tossicodipendenza

allergie a farmaci e/o alimenti _____

medicazioni _____

catetere venoso centrale sì no sede _____

Lesioni da pressione sì no sede.....

ABITUDINI DI VITA

cura di sé presente assente

fumo sì no

alcol sì no

DEFICIT SENSORIALI

disturbi vista si no cecità assoluta si no

disturbi udito si no sordità corretta con protesi si no sordità assoluta si no

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

Stato di coscienza alterato si no soporoso coma/stato vegetativo

Deficit di memoria si no disorientamento si no temporale spaziale

Disturbi del linguaggio e della comunicazione si no di che tipo

Crisi d'ansia/attacchi di panico si no Deflessione del tono dell'umore si no

Deliri si no Allucinazioni si no

Aggressività si no fisica verbale

Disturbi del sonno si no inversione ritmo sonno – veglia si no

Wandering (cammino afinalistico)/affaccendamento si no

Tentativi di allontanamento/tentativi di fuga si no

Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni) si no di che tipo.....

Tentato suicidio si no indicare la data in carico presso CSM o altri servizi si no

Altri trattamenti:

Emotrasfusione si no se si, con che frequenza.....

Dialisi si no

Altro (chemioterapia, radioterapia, etc.) _____

**Si certifica che Il Sig./ra _____ non è affetto da
malattia infettiva e/o contagiosa e che può vivere in comunità.**

Data _____

Timbro e Firma _____

