



Disfagia SI'  NO  Afasia/Disartria SI'  NO

Nutrizione  per os  Sondino N.G.  PEG  Parenterale

Respirazione  normale  Ossigeno  Ventilazione meccanica  con Tracheostomia

Aspirazione secrezioni bronchiali SI'  NO

Presenza deficit sensoriali  Visivi  Uditivi

Portatore di:  Protesi  Ortesi Quali .....

Pace Maker  Catetere perdurale  Catetere venoso centrale  Pompa elastomerica

Tracheostomia  Urostomia  Colostomia  Catetere vescicale

Presenza piaghe da decubito SI'  NO  Eventuali sedi: .....

Altre lesioni SI'  NO  .....

STATO DI COSCIENZA	<input type="checkbox"/> Vigile	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo verbale	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo doloroso	<input type="checkbox"/> Non risponde
Eventuale punteggio Glasgow Coma Scale	.....			
Deterioramento cognitivo	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> lieve / moderato	<input type="checkbox"/> grave	
Comprensione ordini semplici	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Disturbi del comportamento	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> lievi / moderati	<input type="checkbox"/> gravi	
<input type="checkbox"/> Specificare	..... ..... ..... .....			

### ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA

	Indipendente	Parzialmente Dipendente	Totalmente Dipendente	
Capacità di fare il bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacità di vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso dei servizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Continenza Sfinterica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacità di alimentarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cammina	<input type="checkbox"/> da solo	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> protesi-ausili	<input type="checkbox"/> usa carrozzella
Allettato	NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/>	se SÌ specificare da quanto tempo	Mesi .....	Anni .....

### SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE

Abitazione	<input type="checkbox"/> Idonea	<input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche		
Vive solo	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No		
Supporto familiare/caregiver	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente	

E' già stato sottoposto a terapia riabilitativa	<input type="checkbox"/> Sì		<input type="checkbox"/> No	
<input checked="" type="checkbox"/> con quali risultati	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Nullo	

Attuale capacità di collaborazione ad interventi riabilitativi	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente
Orientamento sulle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

Struttura inviante .....	In fede ..... timbro e firma del medico
.....Tel. ....	

Luogo e data .....