



## SCHEDA INFORMATIVA PRE INGRESSO

MOD03-P01  
Rev. 05  
Pagina 1 di 4

SIG. \_\_\_\_\_  
COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_\_ ETÀ \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

DOMICILIATO A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

PROFESSIONE SVOLTA prima del pensionamento \_\_\_\_\_

TESSERA SANITARIA USL N° \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

MEDICO CURANTE DOTT. \_\_\_\_\_

INVALIDITÀ CIVILE: SI NO  IN CORSO ESENZIONI PER PATOLOGIA.....

### ATTUALMENTE RISIEDE IN:

CASA

OSPEDALE (specificare il reparto..... )

ALTRO (specificare..... )

## FAMILIARI/CONOSCENTI AI QUALI RIVOLGERSI IN CASO DI NECESSITÀ

1) Familiare di Riferimento (Care-giver):

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ GRADO DI PARENTELA \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO \_\_\_\_\_

TELEFONI/e-mail \_\_\_\_\_

2) SIG. \_\_\_\_\_  
COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ GRADO DI PARENTELA/RELAZIONE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

TELEFONI \_\_\_\_\_

3) SIG. \_\_\_\_\_  
COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ GRADO DI PARENTELA/RELAZIONE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

TELEFONI \_\_\_\_\_

Data compilazione .....

Firma richiedente .....

Data chiamata .....  Inserimento previsto .....  Richiamare  Non più interessati

**Nota bene:** nel caso siano passati **più di 3 mesi** dalla data di compilazione chiedere al Medico l'aggiornamento delle informazioni cliniche.

Inviato al dott. .... il .....

Firma .....

**INFORMAZIONI PSICOFISICHE GENERICHE:**

(nel dubbio chiedere al medico curante)

**CAPACITA' COGNITIVE**

**Espressione: abilità ad esprimersi in modo corretto**

Non limitata	Leggermente limitata	Molto limitata	Completamente limitata
L'espressione verbale è conservata, esprime in modo chiaro e corretto i propri bisogni.	L'espressione è alterata/ridotta ma rimane comprensibile ed è eventualmente integrata dal linguaggio non verbale (gesti, scrittura, monosillabi..)	L'espressione è molto ridotta e menomata, non riesce ad esprimere i propri bisogni.	L'espressione verbale è assente

**Comprensione: abilità di comprensione**

Non limitata	Leggermente limitata	Molto limitata	Completamente limitata
La comprensione è normalmente conservata anche per gli ordini più complessi	La comprensione è sufficientemente conservata	La comprensione è conservata solo per gli ordini più semplici	La comprensione è assente

**Orientamento: abilità di orientarsi nel tempo e nello spazio**

orientato	non sempre orientato	disorientato
E' orientato nel tempo e nello spazio	Parzialmente orientato nel tempo e nello spazio, a volte confuso o orientato a tratti	Completamente disorientato nel tempo e nello spazio

**Tono dell'umore:**

ansia/agitazione                      affaccendamento                      aggressività verbale                      /aggressività fisica                      cammino continuo  
normale                      depressione/apatia                      altro .....

**Funzionalità organi di relazione:**

<b>UDITO</b>	buono	suff.	insuff.	<b>PROTESI ACUSTICA</b>	si	no
<b>VISTA</b>	buono	suff.	insuff.	<b>OCCHIALI</b>	si	no

**PERCEZIONE SENSORIALE**

**Abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla pressione**

Non limitata	Leggermente limitata	Molto limitata	Completamente limitata
Rispondere agli ordini verbali. Non ha deficit sensoriale che limita la capacità di sentire ed esprimere il dolore e il disagio.	Risponde agli ordini verbali ma non può comunicare sempre il suo disagio o il bisogno di cambiare posizione.  Ha impedimento al sensorio che limita la capacità di avvertire il dolore o il disagio in 1 o 2 estremità.	Risponde solo agli stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi.  Ha impedimento al sensorio che limita la percezione del dolore o disagio almeno per la metà del corpo.	Non vi è risposta ( non geme, non si contrae o afferra) allo stimolo doloroso, a causa del diminuito livello di coscienza o alla sedazione.  Limitata capacità di percepire dolore in molte zone del corpo.

**ATTIVITA'**

**Grado di attività fisica - CAMMINA**

Frequentemente	Occasionalmente	In poltrona	Allettato
Cammina al di fuori della camera almeno 2 volte al giorno e dentro la camera 1 volta al giorno ogni 2 ore ( al di fuori delle ore di riposo).	Cammina occasionalmente durante il giorno ma per brevi distanze con o senza aiuto. Trascorre la maggior parte di ogni turno a letto o sulla sedia.	Capacità di camminare severamente limitata o inesistente: non mantiene la posizione eretta e/o deve essere assistito nello spostamento sulla sedia o sulla sedia a rotelle.	Costretto a letto.

Si sono verificati episodi di cadute?                      No                      Sì

Se si, con quali conseguenze ?

Ausili in uso :     carrozzina personale                       carrozzina AUSL                       ausili per deambulazione.....

**NUTRIZIONE - peso Kg .....**

**Assunzione usuale di cibo**

Eccellente	Adeguate	Inadeguata	Molto povera
Mangia la maggior parte del cibo: non rifiuta mai un pasto. Talvolta mangia tra i pasti. Non necessita di integrazioni.	Mangia più della metà dei pasti, 4 porzioni o più proteine al giorno. Usualmente assume integratori. Si alimenta artificialmente con TPN, assumendo il quantitativo nutrizionale necessario.	Raramente mangia un pasto completo, generalmente mangia la metà del cibo offerto. Le proteine assunte includono 3 porzioni di carne o latticini al giorno, occasionalmente integratori alimentari. Riceve meno quantità ottimale di dieta liquida o entrale (con sondino).	Non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto. Due o meno porzioni di proteine al giorno. Assume pochi liquidi e nessun integratore. E' a digiuno o mantenuto con fleboclisi o beve bevande per più di 5 giorni.

No                      Sì

Problemi di deglutizione per le sostanze solide?		
Problemi di deglutizione per le sostanze liquide?	No	Sì
Dieta Ipoglicemica	No	Sì
Intolleranze ?	No	Sì .....
Portatore di protesi dentaria ?	No	Sì

**UMIDITA'**

<b>Grado di esposizione della pelle all'umidità - BAGNATO</b>			
<b>Raramente</b>	<b>Occasionalmente</b>	<b>Spesso</b>	<b>Completamente</b>
La pelle è abitualmente asciutta. Le lenzuola sono cambiate ad intervalli di routine.	La pelle è occasionalmente umida, richiede un cambio di lenzuola extra 1 volta al giorno	Pelle sovente ma non sempre umida. Le lenzuola devono essere cambiate almeno 1 volta per turno.	La pelle è mantenuta costantemente umida dalla traspirazione, dall'urina, ecc. Ogni volta che il paziente si muove o si gira lo si trova sempre bagnato.

Incontinenza urinaria?	No	Sì notturna	Sì diurna e notturna
Incontinenza fecale?	No	Sì notturna	Sì diurna e notturna
Portatore di Catetere Vescicale?	No	Sì	ultima sostituzione .....
Portatore di pannolone?	No	Sì	Fornitura pannoloni
Portatore di enterostomia?	No	Sì	
Lesioni da decubito?	No	Sì	Stadio/Sede .....

## INFORMAZIONI CLINICHE

(da compilare in collaborazione con il medico curante)

### SINTESI PATOLOGICA (diagnosi principali)

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1) ..... | 6) .....  |
| 2) ..... | 7) .....  |
| 3) ..... | 8) .....  |
| 4) ..... | 9) .....  |
| 5) ..... | 10) ..... |

Scala utilizzata rilevazione dolore:       NRS       PAINAD

Eventuali contenzioni in uso.....

Eventuali informazioni anamnestiche aggiuntive (segnalare qui possibili allergie/intolleranze)

.....  
.....

### TERAPIA IN ATTO (con posologia)

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1) ..... | 6) .....  |
| 2) ..... | 7) .....  |
| 3) ..... | 8) .....  |
| 4) ..... | 9) .....  |
| 5) ..... | 10) ..... |

AL MOMENTO DELL'INGRESSO IN STRUTTURE ALLEGARE REFERTO DI **RX TORACE RECENTE (3 MESI)**

### EVENTUALE DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE AL MOMENTO DELL'INGRESSO

- TUTTI GLI ESAMI EMATICI RECENTI Emocromo, Fn. epato-renale ed elettroliti recenti.
- Se digitale: digossinemia.
- Tracciato ECG recente (anche non refertato)

**Si certifica che il Sig/Si.ra \_\_\_\_\_ non è affetto/a da malattie tubercolari in atto.**

TIMBRO E FIRMA DEL  
MEDICO CURANTE

Data .....

.....