

SCHEDA MEDICA (all.1 Domanda CA)

(a cura del medico curante)

COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____

ANAMNESI PASSATA:

ANAMNESI RECENTE:

IPOVISUS: NO SI lieve moderato grave _____ CECITA' SI NO

IPOACUSIA: NO SI lieve moderato grave _____ SORDITA' SI NO

TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO (specificare posologia) :

ALLERGIE A FARMACI/ALIMENTI - INTOLLERANZE:

DEVE SEGUIRE REGIME DIETETICO/DIETA ALIMENTARE? NO SI specificare:

SITUAZIONE COGNITIVA: _____

- Lucido/a e orientato/a
- Lieve deterioramento cognitivo- occasionali deficit (MCI)
- Demenza lieve
- Demenza moderata

DISTURBI COMPORTAMENTALI: SI NO

- Deliri Allucinazioni
- Vocalizzi, lamentazioni, urla
- Agitazione psicomotori Agitazione notturna Inversione notte -giorno
- wandering tentativi di fuga
- Aggressività verso di sé Aggressività verso gli altri

STABILITA' CLINICA:

- Stabile
- Moderatamente stabile
- Moderatamente instabile
- Instabile

NECESSITA' DI CURE MEDICHE CONTINUATIVE: NO SI Se si, specificare tipologia e frequenza : _____

INSULINOTERAPIA: NO SI Autogestita: SI SI, con supervisione NO

OSSIGENOTERAPIA: NO SI Autogestita: SI SI, con supervisione NO

LESIONI DA DECUBITO : NO SI _____

INCONTINENZA: NO SI _____ CATETERE VESCICALE: SI NO

IN CARROZZINA: NO SI Autonomo nella gestione di spostamenti SI NO

ALTRI AUSILI: NO SI _____

NECESSITA DI MEZZI DI PROTEZIONE? NO SI Se si: CINTURA SPONDINE

PROBLEMI PSICHIATRICI ATTIVI: SI NO IN CARICO CPS? SI NO

Specificare: _____

Se si, sono compatibili con la vita in comunità? SI NO

GRAVI COMPORTAMENTI ANTISOCIALI: SI NO

DIPENDENZA DA TOSSICI ESOGENI: SI NO IN CARICO SERT ? SI NO

Specificare tipologia gravità : _____

Se si, sono compatibili con la vita in comunità? Si NO

DATA _____ FIRMA E TIMBRO MEDICO CURANTE _____