

**AMBITO TERRITORIALE VALLE SERIANA
AREA ANZIANI
RICOVERI IN R.S.A.**

SCHEMA SANITARIA

(A cura del Medico di Medicina Generale)

Sig./ra luogo e data di nascita

Residente Via N. Tessera Sanitaria.....

Peso Altezza

ANAMNESI.....
.....
.....

RICOVERI OSPEDALIERI

SITUAZIONE CLINICA ATTUALE

COMPENSO CARDIO-CIRCOLATORIO E CIRCOLATORIO

Soddisfacente In equilibrio farmacologico Scompensato

ASPETTI SENSORIALI

Vista: Buona Media Bassa Porta occhiali : da vista per lettura

Udito: Buono Medio Basso Porta apparecchio acustico

Comunicazione: parla normalmente si esprime con difficoltà

comprende normalmente comprende con difficoltà non comunica intenzionalmente

CONDIZIONI PSICHICHE

- Lucide
- Persistente disorientamento
- Inversione del ritmo sonno veglia
- Fasi di confusione e disorientamento
- Fasi di agitazione psicomotoria
- Altro

REATTIVITA' EMOTIVA

- Collaborante
- Estraniato/a dal mondo circostante
- Stato ansioso
- Agitazione con spunti aggressivi
- Depressione
-

ALIMENTAZIONE

- Autonoma
- Con necessità di piccolo aiuto
- Alimentazione artificiale (PEG)
- Con necessità di imbroccamento
- altro.....

STATO METABOLICO NUTRIZIONALE

- Soddisfacente
- In equilibrio farmacologico
- Carente apporto nutrizionale
- Scompensato

NECESSITA' DI DIETE PARTICOLARI

.....

ALLERGIE NOTE E/O INTOLLERANZA VERSO I SEGUENTI PRODOTTI

.....

INCONTINENZA

- Urinaria** Assente Occasionale Abituale Catetere
- Fecale** Assente Occasionale Abituale

DEAMBULAZIONE

- Cammina da solo/a
- Allettato
- Cammina con l'aiuto di.....
- Altro
- Si sposta in carrozzella

PIAGHE DA DECUBITO

- Assenti Iniziali Gravi Multiple Altro
- Localizzazione

E' ESENTE DA MALATTIE INFETTIVE IN ATTO E PUO' VIVERE IN COMUNITA'?

SI NO (specificare).....

INTOLLERANZA AI SEGUENTI FARMACI

.....
.....
.....

TERAPIA IN ATTO

.....
.....
.....

PROPOSTA DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO (Valenza sanitaria dell'inserimento con riferimento all'autonomia reale o potenzialmente recuperabile del soggetto)

.....
.....
.....
.....

Eventuali indicazioni del Medico curante in ordine alla struttura del ricovero

.....
.....

NOTE AGGIUNTIVE

.....
.....

Data

Timbro e firma del medico

.....

.....

Allegare alla presente scheda sanitaria:

- scheda CIRS e scheda PSMS (da compilare a cura del MMG);
- gli ultimi esami ematochimici e indagini strumentali oltre a eventuali documentazioni cliniche relative alla patologia di cui l'anziano è affetto.

L'Ente si riserva la facoltà di dimettere l'ospite qualora i certificati medici prodotti a corredo della domanda o la scheda sanitaria abbiano taciuto l'esistenza di rilevanti malattie o infezioni dello stesso.