

## SCHEDA SANITARIA (compilazione a cura del Medico di Medicina Generale o di Unità Operativa)

NOME E COGNOME DELL'INTERESSATO \_\_\_\_\_

### Patologie attive

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

### Anamnesi patologica remota

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

### Terapia – principio attivo

### Posologia

### Durata

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Allergie / intolleranze \_\_\_\_\_

E' esente da malattie infettive in atto e può vivere in Comunità? : ☐ NO ☐ SI

Indicare le fragilità, criticità, motivazioni cliniche che rendono necessario l'ingresso in R.S.A.

\_\_\_\_\_

## SITUAZIONE CLINICA ATTUALE

|   | Assente | Lieve | Moderata | Grave | Molto grave |
|---|---------|-------|----------|-------|-------------|
| Patologia cardiaca (solo cuore)   |         |       |          |       |             |
| Iperensione arteriosa ( si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente) |         |       |          |       |             |
| Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)                                      |         |       |          |       |             |
| Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)                                 |         |       |          |       |             |
| Patologie O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)  |         |       |          |       |             |
| Patologie dell'apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)        |         |       |          |       |             |
| Patologie dell'apparato G.I. inferiore (intestino. ernie)   |         |       |          |       |             |
| Patologie epatiche (solo fegato)  |         |       |          |       |             |
| Patologie renali (solo rene)  |         |       |          |       |             |
| "Patologie genito - urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)"                        |         |       |          |       |             |
| "Patologie del sistema muscolo-scheletrico, cute (muscoli, scheletro, tegumenti)"                   |         |       |          |       |             |
| Patologie del SNC e SNP (esclusa la demenza)  |         |       |          |       |             |
| Patologie endocrine, metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)                        |         |       |          |       |             |
| Patologie psichiatrico-comportamentali demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi             |         |       |          |       |             |

## MOBILITÀ, IGIENE, ALIMENTAZIONE (barrare tutte le voci di interesse)

### Trasferimento letto sedia

- 1 Necessarie due persone per il trasferimento del paziente, con o senza ausilio meccanico
- 2 Il paziente collabora ma è necessaria comunque la collaborazione di una persona
- 3 Per una o più fasi del trasferimento è necessaria la collaborazione di una persona

- 4 Occorre una persona per garantire la sicurezza e/o infondere fiducia
- 5 Il paziente è in grado di muoversi senza pericoli ed è autonomo durante il trasferimento

### Deambulazione

- 1 Dipendenza rispetto alla locomozione
- 2 Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione

- 3 Necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
- 4 Paziente autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione per ridurre i rischi e infondergli fiducia, non riesce a percorrere 50 mt. senza bisogno di aiuto
- 5 Paziente autonomo nella deambulazione, deve essere in grado di indossare corsetti e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego. Deve poter adoperare stampelle, bastoni, ecc. e percorrere 50 mt. senza aiuto o supervisione.

#### Locomozione su sedia a rotelle

- 1 Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
- 2 Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
- 3 Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
- 4 Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessaria assistenza per i tratti difficoltosi
- 5 Autonomo: deve essere in grado di girare intorno agli spigoli, su sé stesso, di accostarsi al tavolo, ecc. e deve essere in grado di percorrere almeno 50 metri.

#### Igiene personale

- 1 Paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista
- 2 E' necessario assisterlo in tutte le circostanze della igiene personale
- 3 E' necessario assisterlo in una o più circostanze della igiene personale
- 4 E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo la operazione da eseguire
- 5 Totale indipendenza

#### Alimentazione

- 1 Paziente totalmente dipendente, va imboccato
- 2 Riesce a manipolare qualche posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
- 3 Riesce ad alimentarsi sotto supervisione - l'assistenza è limitata ai gesti più complicati,
- 4 Paziente indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni... la presenza di un'altra persona non è indispensabile
- 5 Totale indipendenza nel mangiare.

### COGNITIVITÀ (*barrare tutte le voci di interesse*)

#### Confusione (stato mentale)

- 1 Paziente completamente confuso - comunicazione e attività cognitive compromesse, personalità destrutturata
- 2 E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
- 3 Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
- 4 E' perfettamente lucido

#### Irritabilità

- 1 Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- 2 Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare.
- 3 Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete
- 4 Non mostra segni di irritabilità ed è calmo

#### Irrequietezza (stato comportamentale)

- 1 Cammina avanti e indietro incessantemente ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo
- 2 Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, toccando in continuazione vari oggetti.
- 3 Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione, ha difficoltà nel mantenere fermi piedi e mani e tocca continuamente vari oggetti.
- 4 Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

Ricoveri ospedalieri recenti: ☐ NO ☐ SI \_\_\_\_\_

Se seguito dal Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze - CDCD (ex U.V.A.)  
indicare in quale ambulatorio e medico di riferimento \_\_\_\_\_

#### Lesioni da decubito

☐ assenti ☐ iniziali ☐ gravi ☐ multiple

Sede (specificare) \_\_\_\_\_

#### Reattività emotiva

- ☐ Collaborante  
☐ E' estraniato dal mondo circostante  
☐ Depressione  
☐ Stato ansioso  
☐ Agitazione con spunti aggressivi

#### Incontinenza

| Urinaria                                       | Fecale                               |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> assente               | <input type="checkbox"/> assente     |
| <input type="checkbox"/> occasionale           | <input type="checkbox"/> occasionale |
| <input type="checkbox"/> abituale              | <input type="checkbox"/> abituale    |
| <input type="checkbox"/> catetere a permanenza |                                      |

#### Disturbi del comportamento in fase attiva

- ☐ Deliri  
☐ Aggressività  
☐ Allucinazioni  
☐ Tentativi di fuga  
☐ Irrequietezza motoria (*wandering, affaccendamento,...*)  
☐ Depressione  
☐ Disinibizione

Peso kg: \_\_\_\_\_ Altezza cm \_\_\_\_\_

- Disfagia: ☐ NO ☐ SI  
 - Nutrizione artificiale: ☐ PEG ☐ SNG ☐ NPT  
 - Respirazione: ☐ normale ☐ ossigeno (n° \_\_\_\_\_ h/die)  
☐ Tracheostomia ☐ Ventilazione artificiale  
 - Dialisi: ☐ NO ☐ SI  
 - Abusa di sostanze alcoliche? ☐ NO ☐ SI ☐ In passato  
 - Ha mai avuto ricoveri in reparti psichiatrici? ☐ NO ☐ SI  
 - Richiede trattamento riabilitativo? ☐ NO ☐ SI  
 specificare: \_\_\_\_\_

Data,

Timbro e Firma del Medico di Medicina Generale o di Unità Operativa