

## SCHEDA MEDICO VALUTATIVA

RIFERITA AL SIG./RA: \_\_\_\_\_

### A CURA DEL MEDICO DI BASE

Nome e Cognome	
Indirizzo studio medico	
Recapito telefonico	
Mail	

### L'INTERESSATO ATTUALMENTE E' PRESSO:

<input type="checkbox"/> abitazione	<input type="checkbox"/> casa di riposo	<input type="checkbox"/> residenza protetta	<input type="checkbox"/> RSA	<input type="checkbox"/> lungodegenza	<input type="checkbox"/> struttura riabilitativa	<input type="checkbox"/> ospedale	<input type="checkbox"/> altra struttura
-------------------------------------	---	---	------------------------------	---------------------------------------	--	-----------------------------------	--

### DIAGNOSI GENERALE


### AUTOSUFFICIENZA FISICA

<b>Collaborazione</b>	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> a tratti
<b>Uscire di casa</b>	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> parzialmente
<b>Spostarsi per le stanze</b>	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> parzialmente
<b>Fare le scale</b>	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> parzialmente
<b>Vestirsi e spogliarsi</b>	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> parzialmente
<b>Alzarsi ed andare a letto</b>	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> parzialmente
<b>Igiene personale</b>	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> parzialmente
<b>Uso servizi igienici</b>	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> parzialmente
<b>Vista</b>	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> uso di lenti	<input type="checkbox"/> cecità: <input type="checkbox"/> occhio sx <input type="checkbox"/> occhio dx
<b>Udito</b>	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> sordità	<input type="checkbox"/> uso di protesi: <input type="checkbox"/> orecchio sx <input type="checkbox"/> orecchio dx
<b>Linguaggio</b>	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> disartria	<input type="checkbox"/> afasia
<b>Disfasia</b>	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
<b>Deambulazione</b>	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> autonoma	<input type="checkbox"/> a rischio caduta
	<input type="checkbox"/> con carrozzina	<input type="checkbox"/> con deambulatore	<input type="checkbox"/> da stimolare con l'aiuto di un deambulatore e di un operatore
	<input type="checkbox"/> con bastone		

## SCHEDA MEDICO VALUTATIVA

RIFERITA AL SIG./RA: \_\_\_\_\_

### STATO PSICHICO-MENTALE

<b>Lucidità</b>	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> a tratti		
<b>Stato di coscienza</b>	<input type="checkbox"/> vigile	<input type="checkbox"/> assopito	<input type="checkbox"/> soporoso	<input type="checkbox"/> orientato	
<b>Confusione e disorientamento</b>	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> a tratti		
<b>Orientamento nello spazio e nel tempo</b>	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> a tratti		
<b>Sintomi di demenza</b>	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> a tratti		
<b>Alzheimer:</b>	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no			
	Se SI specificare:	<input type="checkbox"/> 1° stadio	<input type="checkbox"/> 2° stadio	<input type="checkbox"/> 3° stadio	
<b>Disturbi neurologici diversi dalla demenza</b>	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> a tratti		
	Se SI specificare:				
<b>Delirio</b>	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> a tratti		
<b>Agitazione psico-motoria</b>	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> a tratti		
<b>In grado di collaborare</b>	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no			
<b>Stato emotivo</b>	<input type="checkbox"/> tranquillo	<input type="checkbox"/> ansioso	<input type="checkbox"/> aggressivo	<input type="checkbox"/> agitato	<input type="checkbox"/> depresso
<b>Aggressività</b>	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> a tratti		
<b>Depressione</b>	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> a tratti		
<b>Ansia</b>	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> a tratti		
<b>Sonno</b>	<input type="checkbox"/> regolare	<input type="checkbox"/> irregolare	<input type="checkbox"/> insonnia		
	<input type="checkbox"/> uso abituale di farmaci: <i>specificare</i>				
<b>Seguito da centri di salute mentale</b>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si			
	Se SI specificare:				
<b>Può vivere in comunità</b>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si			

### MALATTIE NEUROLOGICHE ATTUALI O PREGRESSE

<b>Ictus</b>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si			
	Se SI specificare gli esiti:				
<b>Lesioni cerebrali o spinali</b>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si			
	Se SI specificare gli esiti:				
<b>Morbo di Parkinson</b>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si			

## SCHEDA MEDICO VALUTATIVA

RIFERITA AL SIG./RA: \_\_\_\_\_

Sindromi extrapiramidali	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Sclerosi Multipla	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si

### DISABILITÀ FUNZIONALI RICHIEDENTI LA RIABILITAZIONE

Lesioni cerebrali o spinali	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Fratture dell'anca	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Altre fratture	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Se SI specificare:		
Artroprotesi	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Se SI specificare:		
Amputazioni	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Se SI specificare:		
Malattie croniche	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Se SI specificare:		
Cardiopatie	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Se SI specificare gli esiti:		
Artropatie degenerative	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Se SI specificare:		
Diabete mellito	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Insulinodipendente	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Patologie ostruttive delle vie aeree	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Insufficienza renale	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Ulcera peptica	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Esofagite da reflusso	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Stipsi	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Uso di lassativi	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Se SI specificare:		
Patologia neoplastica	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Se SI specificare:		
Dolori cronici	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Se SI specificare:		

### MALATTIE INFETTIVE

Malattie infettive in atto	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Se SI specificare:		
Malattie infettive pregresse	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Se SI specificare:		

## SCHEDA MEDICO VALUTATIVA

RIFERITA AL SIG./RA: \_\_\_\_\_

### INTOLLERANZE A FARMACI

Specificare:

ALLERGIE	
Allergie a farmaci	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si
	Se SI specificare:
Allergie/Intolleranze alimentari	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si
	Se SI specificare:
Altre allergie	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si
	Se SI specificare:

### ALIMENTAZIONE

	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> non autonomo (da imboccare)	<input type="checkbox"/> parzialmente (aiutare al bisogno)
Difficoltà a deglutire	<input type="checkbox"/> solidi	<input type="checkbox"/> liquidi	<input type="checkbox"/> inappetenza <input type="checkbox"/> vomito <input type="checkbox"/> nessuna
Nutrizione enterale	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	Se SI specificare:	
		<input type="checkbox"/> SNG	Tipo: _____ Quantità: _____ Velocità: _____
		<input type="checkbox"/> PEG	Tipo: _____ Quantità: _____ Velocità: _____
Nutrizione parentale	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	Se SI specificare:	
		<input type="checkbox"/> CVC	Tipo: _____ Quantità: _____ Velocità: _____
Dieta	<input type="checkbox"/> libera	<input type="checkbox"/> personalizzata	
	Se Personalizzata specificare:		
Restrizioni	<input type="checkbox"/> diabetico	<input type="checkbox"/> altro	
	Se Altro specificare:		

### TERAPIE

FARMACO	ORARIO DI SOMMINISTRAZIONE				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				

## SCHEDA MEDICO VALUTATIVA

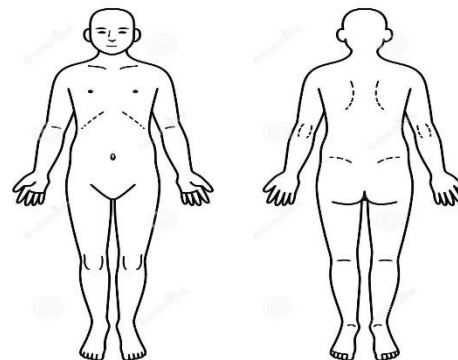
RIFERITA AL SIG./RA: \_\_\_\_\_

	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				
	<input type="checkbox"/> 8:00	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 20:00	<input type="checkbox"/> al bisogno
	Specificare:				

### PIAGHE DA DECUBITO

Presenza di piaghe da decubito  no  sì

EVIDENZIARE LE ZONE



### MEDICAZIONI IN ATTO

SEDE	TIPO	FREQUENZA

## SCHEDA MEDICO VALUTATIVA

RIFERITA AL SIG./RA: \_\_\_\_\_


### ALTRE TERAPIE IN CORSO

<b>Ossigeno terapia</b>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
	Se SI specificare LT/MIN	
<b>Bronco aspirazione</b>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
<b>Chemioterapia</b>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
<b>Radioterapia</b>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
<b>Dialisi</b>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
<b>Altro:</b>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
	Se SI specificare:	

### ALTRE PATOLOGIE DI RILIEVO


### DICHIARAZIONE DELLO STATO DI AUTOSUFFICIENZA DEL RICHIEDENTE

<input type="checkbox"/> <b>AUTO</b>	<input type="checkbox"/> <b>SEMI</b>	<input type="checkbox"/> <b>NON</b>
--------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------

DATA	TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO DI BASE

### DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

Risultati markers virali (HBV, HCV, HIV)
Elettrocardiogramma