



CASA
DI RIPOSO
ARONA

SCHEDA SANITARIA

MODULO DA CONSEGNARE COMPILATO E FIRMATO DAL MEDICO CURANTE AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Signor/a _____

Nato/a a _____ () il _____

Residente a _____ ()

Via _____ N. _____

GRADO DI ISTRUZIONE _____

PROFESSIONE SVOLTA _____

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

INTERVENTI CHIRURGICI

SITUAZIONE CLINICA ATTUALE



CASA
DI RIPOSO
ARONA

ALLERGIE DA SEGNALARE

TERAPIA ATTUALMENTE IN ATTO

VALUTAZIONE ATTUALE DI AUTOSUFFICIENZA

TOTALE PARZIALE NULLA

Condizioni psichiche:

- Presente
- Fasi di confusione e di disorientamento
- Persistente disorientamento spazio-temporale
- Inversione del ritmo sonno-veglia

Reattività emotiva:

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

Deambulazione:

- Autonoma
- Con aiuto
- In carrozzella
- Allettato/a (specificare da quanto tempo _____)
Motivo della ridotta mobilità? _____

Integrità dei tessuti:



CASA
DI RIPOSO
ARONA

- Arrossamento
- Escoriazione superficiale
- Ulcerazione
- Necrosi

Localizzazione ed estensione:

Capacità di accudire la persona

Alimentazione

- Autonoma
- Con Aiuto
- Necessita di imboccamento

Diete Particolari

- No
- Si _____

Vestirsi

- Autonoma
- Con aiuto
- Dipendente Totale

Anamnesi fisiologica _____

- Incontinenza Urinaria Fecale Catetere vescicale

Respirazione Eupnoica Disпноica Ossigenoterapia

Vista Normale Ridotta Lenti Cecità

Udito Normale Ridotta Protesi

Tabagismo SI NO

Alcool SI NO

Dichiarazione dalla quale risulta non affetto da malattie contagiose e che può stare in comunità



CASA
DI RIPOSO
ARONA

Num. telefonico del medico curante _____

Data _____

Firma_e timbro _____