

SCHEDA SANITARIA

Sig.

nat..... a.....il.....

abitante a.....via.....

ASL di appartenenza N.

ANAMNESI SOPRATTUTTO IN RIFERIMENTO A RICOVERI OSPEDALIERI RECENTI

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

Ha mai avuto ricoveri in Ospedali psichiatrici o reparti psichiatrici?

NO

SI

SI RECENTEMENTE

Situazione clinica attuale

.....
.....

Valutazione di autosufficienza

TOTALE

PARZIALE

NULLA

lucide

fasi di confusione e di disorientamento

persistente disorientamento spazio temporale

fasi di agitazione psico motoria

inversione del ritmo sonno veglia

Reattività emotiva (anche risposte multiple)

collaborante

è estraniato/a dal mondo circostante

depressione

stato ansioso

agitazione con spunti aggressivi

Deambulazione

- cammina da solo/a
- cammina con aiuto
- si sposta in carrozzella
- è allettato ; specificare da quanto tempo.....
motivo della ridotta mobilità.....

Si veste da solo/a

sempre a volte mai

Si cura della propria persona

sempre a volte mai

Alimentazione

- autonoma
- con piccolo aiuto
- con necessità di imboccamento

Incontinenza

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> urinaria | <input type="checkbox"/> fecale |
| <input type="checkbox"/> assente | <input type="checkbox"/> assente |
| <input type="checkbox"/> occasionale | <input type="checkbox"/> occasionale |
| <input type="checkbox"/> catetere a permanenza | <input type="checkbox"/> catetere a permanenza |

Piaghe da decubito

- assente
- iniziale
- grave

Stato metabolico nutrizionale

- soddisfacente
- con supporto farmacologico
- carente supporto nutrizionale

Riconosce i familiari

sempre a volte mai

La vista del paziente con o senza occhiali è:

apparentemente normale talvolta difficoltosa molto ridotta

L'udito del paziente è :

apparentemente normale talvolta difficoltosa molto ridotta

Partecipa a vita sociale (Tv, lettura, dialogo)

sempre a volte mai

IMPORTANTE

Attualmente è in trattamento farmacologico con:
.....
.....

Terapie specifiche
.....
.....

Cure infermieristiche
.....
.....

Il medico ritiene che la persona possa ritornare presso il proprio domicilio dopo un periodo di ricovero?

SI NO

Perchè
.....
.....

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

SI NO

DATA..... TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO