



Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ luogo di nascita _____

QUADRO CLINICO

PATOLOGIE PRINCIPALI

INDICE DI COMORBILITÀ (CIRS)	assente	lieve	moderato	grave
Patologie Cardiache (solo cuore) Portatore di PM: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iperensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti vanno considerati separatamente) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Occhi / O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato digerente tratto superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato digerente tratto inferiore (intestino, ernie) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fegato (solo fegato) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rene (solo rene) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato Muscolo-Scheletro e Cute (muscoli, scheletro, tegumenti) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico; non include la demenza) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie sistema Endocrino-Metabolico (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stato mentale e comportamentale (include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diagnosi clinica: _____

Iter sanitario (breve sintesi sanitaria, descrizione delle patologie associate a ricoveri,...):



Malattie infettive contagiose (in atto)

Interventi chirurgici e/o ricoveri ospedalieri e riabilitativi (negli ultimi 12 mesi)

Altri aspetti clinici e funzionali

Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> continua	<input type="checkbox"/> discontinua
Ventilazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> invasiva	<input type="checkbox"/> non invasiva
Catetere venoso centrale (CVC)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Sede: _____	
Stomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Sede: _____	
Incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Data ultimo posizionamento: ____ / ____ / 20__	
Incontinenza fecale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
Lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Sede: _____ Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV Medicazione: _____ _____	
Altre lesioni cutanee (includere ferite chirurgiche)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Sede: _____ Medicazione: _____ _____	
Utilizzo ausili per la deambulazione	Se no, specificare: <input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> allettato Se si: <input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> deambulatore / girello <input type="checkbox"/> altro _____		

Cadute negli ultimi tre mesi:

NO SI

Indicare il numero: _____

Deficit sensoriali

Ipovisione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Ipoacusia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Corretta con protesi



Disturbi cognitivi, comportamentali, dell'umore e problemi psichiatrici

Stato di coscienza alterato	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> soporoso <input type="checkbox"/> coma <input type="checkbox"/> stato vegetativo
Deficit di memoria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Disorientamento <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Di che tipo:
Deliri	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Allucinazioni <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Crisi d'ansia / attacchi di panico	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Deflessione del tono dell'umore <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Aggressività	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Etilismo <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia
Wandering (cammino afinalistico)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tentativi /Rischio di fuga <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tipo: _____ _____
Tentato suicidio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	indicare la data: ____ / ____ / ____
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____

Problemi e condizioni correlate all'alimentazione

Edentulia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Protesi: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore Scheletrato: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore
Rifiuto del cibo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Obesità grave: <input type="checkbox"/> 80-100 kg <input type="checkbox"/> > 100 kg
Disfagia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cibi frullati o omogeneizzati <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Dieta specifica	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Di che tipo:
Alimentazione enterale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG
Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____

Allergie	<input type="checkbox"/> non note <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Di che tipo:
----------	---	--------------



TERAPIA

Non assume terapia farmacologica

Terapia in atto ed orari di somministrazione:

Nome Farmaco	Dosaggio	Quantità	Tipo	Orario di assunzione

NOTE:

Nome e Cognome medico curante:

<p>Recapito</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>tel _____</p> <p>fax _____</p> <p>e-mail: _____@_____</p>	<p>Timbro e firma</p>
--	-----------------------

Data di compilazione: ____ / ____ / ____