



SCHEMA MEDICA PRE-INGRESSO

CODICE: R/05.20
REV. 05 DEL
12/11/2025
Pag. 1 a 3

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

NOME E COGNOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

DATI SSN

Codice Esenzione _____

Medico curante _____

Recapiti MMG _____

AREA MEDICA

PESO _____ ALTEZZA _____ GRUPPO SANGUIGNO _____

Diagnosi e condizioni generali

MALATTIE INFETTIVE Si ☐ No ☐ Specificare _____

ALLERGIE

O.D.V.
E.T.S.

Piazza del Duomo 19/20 - 50122 Firenze – tel. 055/239393 – fax 055/292052
c.f. e p.iva 00803490481 - REA CCIAAF n. 497357 del 05/06/1998
info@misericordia.firenze.it - misericordia@pec.misericordia.firenze.it
Sede operativa: Via Molino del Piano, 35/A 50065 Pontassieve (FI)
Tel: 055-8364461 055-8364221 - Fax: 055 8364157
villalaura@misericordia.firenze.it - villalaura@pec.misericordia.firenze.it



SCHEDA MEDICA PRE-INGRESSO

CODICE: R/05.20
REV. 05 DEL
12/11/2025
Pag. 2 a 3

SISTEMA SENSORIALE

Udito

Normale ☐ Ipoacusia ☐ Dx ☐ Sx ☐ Bilaterale ☐ Protesi No ☐

Vista

Normale ☐ Alterata ☐ Occhiali Si ☐ No ☐

Cavo orale

Gengive nei limiti della norma ☐ Lesioni ☐ Protesi dentarie: No ☐ si ☐

SISTEMA TEGUMENTARIO

Cute

Colorito Cutaneo Rosea ☐ Pallida ☐ Cianotica ☐ Itterica ☐ Cinerea ☐

Edemi No ☐ Si ☐

Sede _____

Contusioni Si ☐ No ☐

Sede _____

Arrossamenti Si ☐ No ☐

Sede _____

LESIONI Si ☐ No ☐

Sede _____ **Grado** _____

Sede _____ **Grado** _____

Sede _____ **Grado** _____

Sede _____ **Grado** _____

SISTEMA COGNITIVO-PERCETTIVO

Stato cognitivo:

- Vigile ☐ Risponde A Stimoli Verbali ☐ Risponde A Stimoli Dolorosi ☐ Non Risponde ☐
- Decadimento Cognitivo Lieve ☐ Moderato ☐ Grave ☐
- Orientato ☐ Disorientato S ☐ Disorientato T ☐

Alterazioni dell'umore:

No ☐ Apatico ☐ Ansioso ☐ Depresso ☐ Agitato ☐
Aggressivo Verbalmente ☐ Aggressivo Fisicamente ☐

Comportamento:

Collaborante ☐ Non Collaborante ☐ Oppositivo ☐

Consapevolezza dello stato di salute:

Dell'utente ☐ Del Caregiver ☐

Linguaggio:

Normale ☐ Disartria ☐ Afasia Recettiva ☐ Afasia Espressiva ☐

ALIMENTAZIONE/IDRATAZIONE

Alimentazione Autosufficiente ☐ Con Aiuto ☐ Non Autosufficiente ☐ PEG/SNG ☐ CVC ☐

Idratazione Autosufficiente ☐ Con Aiuto ☐ Non Autosufficiente ☐ PEG/SNG ☐ CVC ☐

Appetito Normale ☐ Aumentato ☐ Diminuito ☐ Gusto diminuito ☐

Disfagia No ☐ Sì, solidi ☐ Sì, liquidi ☐

Piazza del Duomo 19/20 - 50122 Firenze – tel. 055/239393 – fax 055/292052
c.f. e p.iva 00803490481 - REA CCIAAF n. 497357 del 05/06/1998
info@misericordia.firenze.it - misericordia@pec.misericordia.firenze.it
Sede operativa: Via Molino del Piano, 35/A 50065 Pontassieve (FI)
Tel: 055-8364461 055-8364221 - Fax: 055 8364157
villalaura@misericordia.firenze.it - villalaura@pec.misericordia.firenze.it

O.D.V.
E.T.S.

**SCHEDA MEDICA PRE-INGRESSO****CODICE: R/05.20**
REV. 05 DEL
12/11/2025
Pag. 3 a 3**ELIMINAZIONE FECALE/URINARIA**

Alvo Continente ☐ Incontinente ☐ Stipsi ☐ Diarrea(ricorrente) ☐ Stomia ☐
Diuresi Continente ☐ Incontinente ☐ Catetere Vescicale ☐

SONNO/RIPOSO

Regolare ☐ Irregolare ☐ Insonnia ☐
Tempo a letto nelle 24h ☐ la notte ☐ la notte + riposo pomeridiano ☐ allettato ☐

ATTIVITÀ/ESERCIZIO FISICO

Mobilizzazione/Trasferimenti ☐ Autosufficiente ☐
☐ Non Autosufficiente ☐ Con Aiuto 1 persona ☐ 2 persone ☐ Con sollevatore ☐
Ausili No ☐ Deambulatore ☐ Bastone ☐ Carrozzina ☐
Igiene/Abbigliamento Autosufficiente ☐ Non Autosufficiente ☐ Con Aiuto ☐

TERAPIA IN CORSO (SCRIVERE IN STAMPATELLO)

NOME CHIMICO O COMMERCIALE DEL FARMACO	FORMA PRESCRITTA (COMPRESSE, FIALE, ECC)	DOSAGGIO PER SINGOLA SOMMINISTRAZIONI (MG, G, ECC)	N. DI SOMMINISTRAZIONI PER DIE	VIA DI SOMMINISTRAZIONE

DATA _____ **FIRMA E TIMBRO** _____**O.D.V.**
E.T.S.

Piazza del Duomo 19/20 - 50122 Firenze – tel. 055/239393 – fax 055/292052
c.f. e p.iva 00803490481 - REA CCIAAF n. 497357 del 05/06/1998
info@misericordia.firenze.it - misericordia@pec.misericordia.firenze.it
Sede operativa: Via Molino del Piano, 35/A 50065 Pontassieve (FI)
Tel: 055-8364461 055-8364221 - Fax: 055 8364157
villalaura@misericordia.firenze.it - villalaura@pec.misericordia.firenze.it