

SCHEDA SANITARIA

DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE

NOME _____ COGNOME _____

NATO A _____ IL _____

Notizie clinico e stato di salute generale

Non sono note per il paziente da malattie contagiose e/o mentali tali da compromettere la vita in comunità

Si attesta che il paziente richieda bassa intensità assistenziale e risulta in buone condizioni psico fisiche e compatibile con la vita in C.A.S.A. senza necessità di assistenza sociosanitaria continuativa

Data _____

Timbro e firma del medico _____

TERAPIA IN ATTO

FARMACO	POSOLOGIA

TERAPIA AL BISOGNO

Non sono note per il paziente da malattie contagiose e/o mentali tali da compromettere la vita in comunità

Si attesta che il paziente richieda bassa intensità assistenziale e risulta in buone condizioni psico fisiche e compatibile con la vita in C.A.S.A. senza necessità di assistenza sociosanitaria continuativa

Data _____

Timbro e firma del medico _____

SCHEDA D'INGRESSO

	SI	NO	LIEVE	GRAVE
STATO DI COSCIENZA ALTERATO				
DISTURBI DEL LINGUAGGIO E DELLA COMUNICAZIONE				
DISTURBI DELLA MEMORIA				
CRISI D'ANSIA O ATTACCHI DI PANICO				
DELIRI				
AGGRESSIVITA'				
DISTURBI DEL SONNO				
ALTRO _____				

INCONTINENZA URINARIA	SI	NO	
CATERETE VESCICALE	SI	NO	
INCONTINENZA FECALE	SI	NO	

AUTONOMIA NEL MOVIMENTO	AUTONOMA	NON AUTONOMO	CON AUSILII
UTILIZZO AUSILII PER LA DEAMBULAZIONE	BASTONE	DEAMBULATORE	ALTRO
TENTATIVI DI ALLONTANAMENTO INVOLONTARIO	SI	NO	
TENTATO SUICIDIO	SI	NO	
ABUSO ETILICO O DA ALTRE SOSTANZE	SI	NO	

AUTONOMIA NELL'ALIMENTAZIONE	SI	<u>NO</u>
DISFAGIA	SI	NO
CIBI FRULLATI	SI	NO

PESO	KG
------	----

ALLERGIE A CIBI O FARMACI	SI	NO
TIPO		

EVENTUALI OSSERVAZIONI O NOTE

Data _____

Timbro e firma del medico _____