



FONDAZIONE "CONTE C. BUSI" ONLUS CASALMAGGIORE

Documentazione sanitaria a carico del MMG o dell'Ente proponente. Il suo obiettivo è di fornire un quadro sintetico ma esaustivo delle condizioni cliniche del candidato al fine di valutarne l'idoneità di inserimento nel contesto RSA.

Via Formis,4 Cap.26041 Casalmaggiore (CR)
Tel. 0375 43644 -203207 Fax 0375 43562
e-mail accettazione@geriatricobusi.it
sito www.geriatricobusi.it

SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO IN RSA

TIPOLOGIA DI RICOVERO Definitivo Temporaneo

CANDIDATO/A:

Cognome e Nome _____

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

Residente a _____

Caregiver/Familiare _____ Tel: _____

MEDICO PROPONENTE:

Cognome e Nome _____

Tel: _____ Fax _____ e-mail _____

Timbro e firma:

Data di Compilazione: ____/____/____

QUADRO CLINICO: PATOLOGIE PRINCIPALI

Indice di Comorbidità (CIRS)	DIAGNOSI	A	L	M	G	M.G.
Patologia cardiaca Portatore di PM Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
Ipertensione						
Apparato vascolare						
Apparato respiratorio						
Occhi/O.R.L						
Apparato Digerente Tratto Superiore						
Apparato Digerente Tratto inferiore						
Fegato						

Indice di Comorbidità (CIRS)	DIAGNOSI	A	L	M	G	M.G.
Rene						
Apparato riproduttivo e patologie Genito-Urinarie						
Apparato Muscoloscheletrico e cute						
Patologie sistema nervoso (Centrale e periferico, non include la demenza)						
Patologie del sistema endocrino-Metabolico						
Stato mentale e comportamentale (Include la demenza e patologia Psichiatrica)						

Leggenda: A: Assente L: Lieve M: Moderata G: Grave M.G.: Molto Grave

ASPETTI CLINICI E FUNZIONALI

Autonomia nel movimento (è possibile barrare più caselle)	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> Supervisione passiva <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto costante per la deambulazione <input type="checkbox"/> Mobilizzazione solo in poltrona e/o cambi posturali a letto <input type="checkbox"/> Necessità di usare il sollevatore meccanico <input type="checkbox"/> Immobilità a letto
Ausili per la deambulazione (è possibile barrare più caselle)	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Bastone <input type="checkbox"/> Carrozzina <input type="checkbox"/> Deambulatore <input type="checkbox"/> Altro _____
Presenza di protesi ortopediche e/o ortesi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, quali _____

Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, data ultimo posizionamento __/__/__
Cannula endotracheale	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, data ultimo sostituzione ____/____/____
Ossigeno terapia	<input type="checkbox"/> Continua <input type="checkbox"/> Discontinua
Ventilazione assistita	<input type="checkbox"/> Invasiva <input type="checkbox"/> Non invasiva
Catetere Venoso Centrale	<input type="checkbox"/> CVC sede _____ <input type="checkbox"/> Mid-Line sede _____ <input type="checkbox"/> PiCC sede _____
Presenza di Stomie (Non associate alla nutrizione)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si sede _____
Lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> Si sede _____
Altre lesioni cutanee	<input type="checkbox"/> Si sede _____
Cadute ricorrenti	<input type="checkbox"/> Si n° di cadute negli ultimi 12 mesi _____
Deficit visivi	<input type="checkbox"/> Si specificare _____
Deficit auditivi	<input type="checkbox"/> Si specificare _____

DEFICIT COGNITIVI, DISTURBI COMPORTAMENTALI E PROBLEMI PSICHIATRICI

Stato di coscienza alterato <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Vigile <input type="checkbox"/> Soporoso <input type="checkbox"/> Coma/ Vegetativo (GCS: /15)
Deficit di memoria <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Disorientamento <input type="checkbox"/> Spaziale <input type="checkbox"/> Temporale
Disturbo del linguaggio e della comunicazione <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Afasia <input type="checkbox"/> Disartria <input type="checkbox"/> Deficit di comprensione	
Crisi d'ansia/attacchi di panico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Deflessione del tono dell'umore <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

<p>Deliri</p> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<p>Allucinazioni</p> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<p>Aggressività</p> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> verbale <input type="checkbox"/> Fisica <input type="checkbox"/> No	<p>Disturbi del sonno</p> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<p>Wandering / Affaccendamento</p> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<p>Tentativi di fuga</p> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<p>Utilizzo di mezzi di contenzione</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, di che tipo _____	
<p>Abuso/dipendenza</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, quale _____	
<p>Tentativi di suicidio</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, in data ____/____/____	
<p>Diagnosi di Demenza</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, diagnosticata presso _____	
<p>Diagnosi Psichiatrica</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, in carico presso _____	
<p>Eventuali note e osservazioni</p> <hr/> <hr/> <hr/>	

PROBLEMI E CONDIZIONI LEGATE ALL'ALIMENTAZIONE

<p>Autonomia nell'alimentazione</p>	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto per azioni complesse <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto costante/imboccamento
<p>Edentulia</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
<p>Protesi</p>	<input type="checkbox"/> Superiore <input type="checkbox"/> Inferiore

Allergia ai farmaci <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, quali _____ _____ _____	

SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE

Abitazione	<input type="checkbox"/> Idonea	<input type="checkbox"/> Presenza di barriere architettoniche
Vive solo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Supporto Caregiver	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Assente

ALTRI TRATTAMENTI TERAPEUTICI

Emotrasfusioni	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si, indicare la data dell'ultima eseguita	____/____/____
Dialisi	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Emodialisi <input type="checkbox"/> Peritoneale
Altro (Chemioterapia, radioterapia, etc.)- _____ _____ _____			

INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI OSPEDALIERI O RIABILITATIVI (NEGLI ULTIMI 12 MESI)

Attuale capacità di collaborazione ad interventi riabilitativi	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente
Orientamento sulle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle condizioni attuali	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

