



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.

FONDAZIONE "CONTE C. BUSI" ONLUS CASALMAGGIORE

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 PER:

CDI "FIORELLA"

MINI ALLOGGI PER ANZIANI,

CSS "I GIRA SOLI",

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.
<b>Patologia cardiaca</b> Portatore di PM Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
<b>Ipertensione</b>						
<b>Apparato vascolare</b>						
<b>Apparato respiratorio</b>						
<b>Occhi/O.R.L</b>						
<b>Apparato Digerente Tratto Superiore</b>						
<b>Apparato Digerente Tratto inferiore</b>						
<b>Fegato</b>						
<b>Rene</b>						
<b>Apparato riproduttivo e patologie Genito-Urinarie</b>						
<b>Apparato Muscoloscheletrico e cute</b>						
<b>Patologie sistema nervoso</b> (Centrale e periferico, non include la demenza)						
<b>Patologie del sistema endocrino-Metabolico</b>						
<b>Stato mentale e comportamentale</b> (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"/> Sì, data ultimo posizionamento ____/____/____
Cannula endotracheale	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, 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"/> Sì sede _____
Lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> Sì sede _____
Altre lesioni cutanee	<input type="checkbox"/> Sì sede _____
Cadute ricorrenti	<input type="checkbox"/> Sì n° di cadute negli ultimi 12 mesi _____
Deficit visivi	<input type="checkbox"/> Sì specificare _____
Deficit auditivi	<input type="checkbox"/> Sì 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
Deliri <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Allucinazioni <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Aggressività <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> verbale <input type="checkbox"/> Fisica <input type="checkbox"/> No	Disturbi del sonno <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Wandering / affaccendamento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tentativi di fuga <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Utilizzo di mezzi di contenzione <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, di che tipo _____	
Abuso/dipendenza <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, quale _____	
Tentativi di suicidio <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, in data ____/____/____	
Diagnosi di Demenza <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, diagnosticata presso _____	
Diagnosi Psichiatrica <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, in carico presso _____	
Eventuali note e osservazioni _____ _____ _____	

## Problemi e condizioni legate all'alimentazione

Autonomia nell'alimentazione	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto per azioni complesse <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto costante/imboccamento
Edentulia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Protesi	<input type="checkbox"/> Superiore <input type="checkbox"/> Inferiore
Rifiuto del cibo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Disfagia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Dieta specifica	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, di quale tipo _____
Alimentazione enterale	<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG Tipo di alimento _____
Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Tipo di alimento _____
Allergie alimentari	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, di che tipo _____

## Terapia

Farmaco/Principio attivo	Posologia/Orario somministrazione
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"/> Sì	<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"/> Sì, indicare la data dell'ultima eseguita ____/____/____
Dialisi	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <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

## Malattie infettive contagiose

_____ _____
----------------

## Copertura vaccinale COVID 19

non eseguita,  indicare n°dose effettuata: \_\_\_\_\_,

Eventuali notizie che si ritenesse opportuno fornire:

_____ _____
----------------

## Ulteriori notizie utili:

_____ _____ _____
-------------------------