

ALLEGATO A DOMANDA D'INGRESSO

“QUESTIONARIO SANITARIO”

Da compilarsi a cura del Medico o di base o di struttura ospedaliera o di altra struttura di accoglienza

COGNOME E NOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	

SINTESI ANAMNESTICA (patologie o interventi chirurgici con data di insorgenza o di intervento)	
PATOLOGIE ACUTE IN ATTO O RECENTI	
EVENTUALI ALLERGIE O INTOLLERANZE	
MALATTIE INFETTIVE	

PORTATORE DI:					
PACEMAKER	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	UROSTOMIA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
TRACHEOSTOMIA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	COLONSTOMIA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
PROTESI	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	CVC	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
CV	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	ALTRO: _____		
PRESENZA DI PIAGHE DA DECUBITO	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	SEDE: _____		
ALTRE LESIONI O MEDICAZIONI	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	SEDE: _____		
DISFAGIA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Note: _____		
AFASIA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Note: _____		
DISARTRIA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Note: _____		

NUTRIZIONE	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> Sondino ng	<input type="radio"/> Peg	<input type="radio"/> Parenterale
DIETA	<input type="radio"/> Diabete	<input type="radio"/> Disfagia	Altro: _____	
RESPIRAZIONE	<input type="radio"/> autonoma	<input type="radio"/> ossigeno	<input type="radio"/> tracheostomia	

VALUTAZIONE CAPACITA' COGNITIVO - COMPORTAMENTALI

STATO DI COSCIENZA	<input type="radio"/> vigile	<input type="radio"/> risponde a stimoli verbali	<input type="radio"/> risponde a stimoli dolorosi	<input type="radio"/> non risponde
DETERIORAMENTO COGNITIVO	<input type="radio"/> assente	<input type="radio"/> lieve o moderato	<input type="radio"/> grave	
DISTURBI del COMPORTAMENTO	<input type="radio"/> assente	<input type="radio"/> lieve o moderato	<input type="radio"/> grave	

PRESENZA DI DEFICIT SENSORIALI	<input type="radio"/> visivi	<input type="radio"/> uditivi
COMPRESIONE ORDINI SEMPLICI	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
ORIENTAMENTO NEL TEMPO	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
ORIENTAMENTO NELLO SPAZIO	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
ADEGUATA MEMORIA A BREVE TERMINE	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
ADEGUATA MEMORIA A LUNGO TERMINE	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
ESPRIME BISOGNI ELEMENTARI (fame – sete sonno – dolore)	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
CAPACITA' DI DECISIONE AUTONOMA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
E' CONFUSO	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
E' COERENTE	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
AGITAZIONE PSICOMOTORIA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
PERICOLO DI FUGA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
DEAMBULAZIONE AFINALISTICA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
AGGRESSIVITA'	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
ANSIA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
INSONNIA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
ALLUCINAZIONI VISIVE/UDITIVE	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
DELIRI	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO

VALUTAZIONE STATO FUNZIONALE (AUTONOMIE)

Descrizione azione	AUTONOMO	PARZIALMENTE AUTONOMO	TOTALMENTE DIPENDENTE
IGIENE PERSONALE QUOTIDIANA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BAGNO SETTIMANALE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CAPACITA' DI VESTIRSI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CAPACITA' DI ALIMENTARSI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descrizione azione	AUTONOMO	PARZIALMENTE AUTONOMO	TOTALMENTE DIPENDENTE
USO WC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ALZATA DAL LETTO/SEDIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
USO DEL TELEFONO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FARE ACQUISTI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GESTIONE AUTONOMA DEI MEDICINALI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GESTIONE DEL DENARO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

INCONTINENZA	<input type="radio"/> assente	<input type="radio"/> occasionale	<input type="radio"/> abituale doppia	<input type="radio"/> catetere
DEAMBULAZIONE	<input type="radio"/> autonoma	<input type="radio"/> con accompagnamento	<input type="radio"/> con ausili o carrozzina	<input type="radio"/> allettato

