

## DIARIO SOCIO – SANITARIO

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_ **DATA DI NASCITA** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ STATO CIVILE \_\_\_\_\_

COD. FISCALE  SESSO  M  F

RESIDENZA \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

CITTADINANZA \_\_\_\_\_ LINGUA \_\_\_\_\_ necessita di mediatore linguistico  SÌ  NO

RELIGIONE \_\_\_\_\_ MMG \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

**IN CARICO AI SERVIZI SOCIALI**  SÌ  NO **ASS. SOCIALE DI RIFERIMENTO** \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

**INIZIATIVA DELLA DOMANDA:**  UTENTE STESSO  FAMILIARI  MMG  ASS. SOCIALE

**ATTUALMENTE VIVE:**  DA SOLO  IN ALTRA STRUTTURA  VIVE CON \_\_\_\_\_

**PROVENIENZA:** (CITTÀ: \_\_\_\_\_)  ABITAZIONE  OSPEDALE  ALTRA RSA

**TIPOLOGIA INSERIMENTO:**  RICOVERO DIURNO  RICOVERO TEMPORANEO  RICOVERO DEFINITIVO

RICOVERO DIRETTO  RICOVERO DI SOLLIEVO  CURE INTERMEDIE

**PATOLOGIA DEL. GR 402/2004:**  STABILIZZATA  DIS.MOTORIA  DIS.COGN./COMP.  STATI VEG./TERMINALI

**MOTIVO DEL RICOVERO:**  STATO DI SALUTE  SOLITUDINE  PROBL.FAMILIARI  PROBL.ABITATIVI

**DIAGNOSI DI INGRESSO:**  DEMENZA SENILE E/O PATOLOGIE PSICHIATRICHE

PATOLOGIE DELLA DEAMBULAZIONE / SINDROME DA ALLETTAMENTO

DIABETE  FRATTURE  TERAPIA PALLIATIVA

ALTRO \_\_\_\_\_

**PERSONE DI RIFERIMENTO:**  TUTORE  FAMILIARI REFERENTI  AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

HA IN CORSO LA PRATICA PER LA NOMINA DI \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME _____	TEL.CASA _____
GRADO DI PARENTELA _____	TEL.LAVORO _____
CITTÀ DI RESIDENZA _____	CELL. _____
INDIRIZZO _____	NOTE _____
COGNOME E NOME _____	TEL.CASA _____
GRADO DI PARENTELA _____	TEL.LAVORO _____
CITTÀ DI RESIDENZA _____	CELL. _____
INDIRIZZO _____	NOTE _____

**INVALIDITÀ:**  C01 ESENZIONE: \_\_\_\_\_  SÌ  NO

C02 ACCOMPAGNAMENTO:  SÌ  NO  IN CORSO

**INTEGRATIVE:**  PANNOLONI  CATETERI  DIABETE  O<sub>2</sub> LIQUIDO  STOMIA

**DATA D'INGRESSO PREVISTA:** \_\_\_\_\_ **NUCLEO PROPOSTO:**  GINESTRA  ZAFFERANO  FIORDALISO

Volterra \_\_\_\_\_ L'impiegata \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Area socio-assistenziale

**AUTONOMIA:**       ALLETTATO                       LETTO/CARROZZINA       IN CARROZZINA  
 DEAMBULAZIONE CON AIUTO O AUSILI                       DEAMBULAZIONE AUTONOMA

**FUNZIONI SENSORIALI:**    APPARENTEMENTE NORMALI  
 DEFICIT Uditivo      LIEVE / GRAVE      (cancellare la parte che non interessa)  
 DEFICIT Visivo      LIEVE / GRAVE      (cancellare la parte che non interessa)

**PROTESI:**       APPARECCHIO ACUSTICO       OCCHIALI       PROTESI DENTARIA       CALZE ANTITROMBO  
 ALTRE \_\_\_\_\_

**PRESIDI NECESSARI ALL'INGRESSO:**    MATERASSO ANTIDECUBITO       CUSCINO ANTIDECUBITO       PANNOLONE  
 ALTRI \_\_\_\_\_

**STATO DI COSCIENZA:**    VIGILE E ORIENTATO                       VIGILE E PARZIALMENTE ORIENTATO  
 VIGILE, NON ORIENTATO       VIGILE/SOPOROSO                       STATO COMATOSO

**ALIMENTAZIONE:**       AUTONOMA                       PARZIALMENTE AUTONOMA                       NON AUTONOMA  
 ARTIFICIALE                       DIETA FRULLATA                       DIETA SEMILIQUIDA

**ALLERGIE ALIMENTARI:**    NO       SÌ (specificare) \_\_\_\_\_

**VESTITIZIONE:**       AUTONOMA                       CON AIUTO                       TOTALMENTE DIPENDENTE

**IGIENE PERSONALE:**    AUTONOMA                       CON AIUTO                       TOTALMENTE DIPENDENTE

**SONNO:**                       REGOLARE                       IRREGOLARE                       NON DORME

Volterra \_\_\_\_\_

L'impiegata \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Area socio-relazionale

### CONSAPEVOLEZZA DEL RICOVERO:

- CONSAPEVOLE E COSTRETTO PER NECESSITÀ  
 RIFIUTO E IMPOSIZIONE DEI FAMILIARI

- PERSONA CONSAPEVOLE E CONSENZIENTE  
 NON CONSAPEVOLE DEL RICOVERO DEFINITIVO  
 INCAPACITÀ DI GIUDIZIO

COLLOCAZIONE ABITATIVA:  ZONA ISOLATA  ZONA DECENTRATA  CENTRO ABITATO

ATTUALMENTE USUFRUISCE DI ALTRI SERVIZI QUALI:  ADI  BADANTE  ALTRO \_\_\_\_\_

TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_

ATTIVITA' LAVORATIVA PREGRESSA \_\_\_\_\_

HOBBIES \_\_\_\_\_

ABITUDINI DI VITA: RIPOSO  DOPO PRANZO  PIÙ VOLTE  MAI  
FUMO:  MENO DI 10  TRA 10 E 20  PIÙ DI 20  
CAFFÈ':  BEVE CAFFÈ  NON BEVE CAFFÈ  
RELAZIONE:  TENDE AD ISOLARSI  INDIFFERENTE  SOCIALIZZA  
CURA DI SÉ:  CURATO  TRASANDATO  ALTRO \_\_\_\_\_

CARATTERE:	SOCIEVOLE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	AUTORITARIO	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
	TENDENTE ALLA DEPRESSIONE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	VIOLENTO VERSO SÉ STESSO	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
	VIOLENTO VERSO GLI ALTRI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	TENDENTE A FANTASTICARE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
	EGOCENTRICO	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	TENDENTE ALLA FUGA	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO

CENNI DI STORIA DI VITA \_\_\_\_\_

ALTRE INFORMAZIONI UTILI \_\_\_\_\_

Volterra \_\_\_\_\_

L'educatrice professionale \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Area sanitaria

**MMG DI PROVENIENZA** \_\_\_\_\_ **MMG DI NUOVA SCELTA** \_\_\_\_\_

**DIAGNOSI DI INGRESSO:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**DIETA:**       LIBERA       DIABETICA       PROTEICA       SEMILIQUIDA       OMOGENEIZZATA

**MALATTIE INFETTIVE:**       EPATITE B       EPATITE C       HIV

**ALLERGIE DA FARMACI:**  NO       SÌ (specificare) \_\_\_\_\_

**PRESIDI/DISPOSITIVI MEDICI:**     CATETERE VESCICALE       STOMIA     CVC       C-PAP     O<sub>2</sub>
 NUTRIZIONE ENTERALE       DRENAGGIO CHIRURGICO

 ALTRO \_\_\_\_\_

**SUTURE O MEDICAZIONI DA SEGUIRE:**  NO       SÌ (specificare) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**LESIONI DA DECUBITO (LDD):**

Data 1 <sup>a</sup> osservazione	Sede lesione	Grado lesione principale	Condizioni lesione principale	Bordi lesione principale	Cute perilesionale
____/____/____	Principale*: _____	(I)   (II)	cm. ____ ( ) detersa	( ) lineari    ( ) macerati	( ) integra
Lesione presente all'ingresso: (Si)      (No)	Secondarie: _____	(III)   (IV)	( ) fibrina    ( ) essudato	( ) necrotici    ( ) infetti	( ) arrossata
	_____	( ) Escara	( ) necrosi    ( ) infetta	( ) frastagliati	( ) macerata
_____	_____				

*(\*) criteri di valutazione della lesione principale: valutare inizialmente l'escara (se presente), poi il grado della lesione ed infine l'estensione.*
**DOLORE (VRS):**     ASSENTE       LIEVE       MODERATO       FORTE       ATROCE

SEDE: \_\_\_\_\_

***Il paziente e/o i suoi familiari sono informati delle reali condizioni dell'ospite al momento del ricovero e della possibilità che in futuro vengano usati presidi per evitare cadute qualora richiesto dal medico.***

Volterra \_\_\_\_\_

L'infermiere \_\_\_\_\_

**Firma del paziente o del suo accompagnatore** \_\_\_\_\_