

**SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LA RSA S. CHIARA DI VOLTERRA**

Cognome e Nome .....

Data di nascita ...../...../.....                      luogo di nascita .....

**QUADRO CLINICO : PATOLOGIE PRINCIPALI**

INDICE DI COMORBILITÀ (CIRS)	DIAGNOSI	ASSENTE	LIEVE	MODERATO	GRAVE	MOLTO GRAVE
<b>Patologie Cardiache (solo cuore)</b> Portatore di PM: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Ipertensione</b> (si valuta la severità; gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Apparato vascolare</b> (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Apparato respiratorio</b> (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Occhi / O.R.L.</b> (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Apparato digerente tratto superiore</b> (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Apparato digerente tratto inferiore</b> (intestino, ernie)	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Fegato</b> (solo fegato)	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Rene</b> (solo rene)	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie</b> (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Apparato Muscolo-Scheletro e Cute</b> (muscoli, scheletro, tegumenti)	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Patologie sistema nervoso</b> (sistema nervoso centrale e periferico; <b>non include la demenza</b> )	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Patologie sistema Endocrino-Metabolico</b> (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	..... .....	<input type="checkbox"/>				

<b>Stato mentale e comportamentale</b> <i>(include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)</i>	.....	<input type="checkbox"/>				
	.....					

**MALATTIE INFETTIVE CONTAGIOSE IN ATTO**

.....

**ALLERGIE**                      NON NOTE   NO   SI, DI CHE TIPO: .....

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

.....

**ASPETTI CLINICO - funzionali**

Autonomia nel movimento <i>(è possibile barrare più caselle)</i>	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento <input type="checkbox"/> necessità 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 <input type="checkbox"/> immobilità a letto
Utilizzo ausili per la deambulazione <i>(è possibile barrare più caselle)</i>	<input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> deambulatore / girello <input type="checkbox"/> altro.....
Autonomia igiene e cura personale	<input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale
Autonomia nell'uso dei servizi igienici	<input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale
Incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI    Data ultimo posizionamento: ...../ ..... / 20.....
Presidi assorbenti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Nefro /urostomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Incontinenza fecale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Stomia, sede:.....
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> continua <input type="checkbox"/> discontinua
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (tipo di cannula)
Ventilazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> invasiva <input type="checkbox"/> non invasiva
Catetere venoso centrale (CVC)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede: .....
Lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI    Sede: .....Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV Sede: .....Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
Altre lesioni cutanee <i>(incluse ferite chirurgiche)</i>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede: .....

Cadute ricorrenti (anche senza conseguenze traumatiche)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Numero cadute nell'anno: .....
--	---	--------------------------------

### Deficit sensoriali

Ipovisus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cecità assoluta	<input type="checkbox"/> SI
Ipoacusia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Corretta con protesi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
		Sordità assoluta	<input type="checkbox"/> SI

### Disturbi cognitivi, comportamentali, dell'umore e problemi psichiatrici

Stato di coscienza alterato	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> soporoso <input type="checkbox"/> coma/stato vegetativo (GCS:..... /15)
Deficit di memoria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Disorientamento <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	di che tipo: .....
Crisi d'ansia / attacchi di panico frequenza _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Deflessione del tono dell'umore <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Deliri	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Allucinazioni <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Aggressività	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	<input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> verbale
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia
Wandering (cammino afinalistico) /affaccendamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tentativi di allontanamento inconsapevole/tentativo fuga <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	di che tipo: .....
Etilismo/potus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	<input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso
Abuso/dipendenza da sostanze:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	<input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso
		Di che tipo: .....
Dipendenza gioco	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	di che tipo: .....
Tentato suicidio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	indicare la data: ...../ ..... / .....
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	.....
Eventuali note e osservazioni: .....		

### Problemi e condizioni correlate all'alimentazione

Autonomia nell'alimentazione	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.) <input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante nell'alimentarsi/imboccamento
Edentulia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:    Protesi: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore Scheletrato: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore



Data presunta dimissione (se proveniente da altra struttura sanitaria o sociosanitaria): ...../ ..... / 20.....

**Prima dell'ingresso devono essere eseguiti i seguenti esami :**

- **HCV**
- **Markers EP. B.**
- **Coprocoltura + esame parassitologico delle feci**
- **Tampone rettale per germi enteropatogeni (Screening CRE)**

Nome e Cognome medico curante: ..... Recapito ..... ..... tel.diretto..... fax ..... e-mail diretta: .....@.....	Timbro e firma del medico curante
--	-----------------------------------