

Al Medico curante

Per l'ammissione nella Residenza Santa Margherita, a corredo della presente scheda di accertamento delle condizioni di salute, si prega di fornire:

- Cartella clinica, referti d'esami recenti, terapia in atto ed eventuale copia del Piano Terapeutico
- Referti riferiti oltre agli esami standard, alle seguenti indagini:

ANTI HIV 1° e 2°
Markers epatite A,B,C

Nell'impossibilità a presentare i referti si chiede al medico curante di emettere opportuna impegnativa necessaria per l'espletamento delle pratiche d'ingresso. (eventuali ulteriori spese saranno a carico dell'utente)

- Copia dell'eventuale domanda di accertamento o verbale di invalidità.

La ringrazio per la sua collaborazione, e la saluto cordialmente.

Il Direttore

Bertrand Barut



| | |
|--------------------------------|--|
| Cognome e nome | |
| Data e luogo di nascita | |
| Residenza | |

| Attività | | Senza difficoltà | Con difficoltà | Non è in grado |
|--|--|------------------|----------------|----------------|
| Motricità | | | | |
| | Si muove da solo | 0 | 1 | 2 |
| | Allettato (livello di dipendenza : basso, medio, alto) | 0 | 1 | 2 |
| | Cammina usando protesi, sostegni, carrozzina | 0 | 1 | 1 |
| | Cammina con l'aiuto di persone | 0 | 1 | 2 |
| Cura della persona e della casa | | | | |
| | In grado di provvedere alla propria alimentazione | 0 | 1 | 1 |
| | Mangia da solo | 0 | 1 | 2 |
| | Si lava da solo | 0 | 1 | 1 |
| | Fa il bagno da solo | 0 | 1 | 2 |
| | Utilizza i servizi igienici da solo | 0 | 1 | 1 |
| | Si veste da solo | 0 | 1 | 1 |
| | In grado di accudire al governo della casa | 0 | 1 | 2 |
| | Conserva autonomia fuori della abitazione | 0 | 1 | 2 |
| Condizioni di salute | | | | |
| | Vede | 0 | 1 | 2 |
| | Sente | 0 | 1 | 1 |
| | Parla | 0 | 1 | 2 |
| | Continenza vescicale | 0 | 1 | 2 |
| | Continenza anale | 0 | 1 | 2 |
| | Se porta catetere, livello prestazione richieste | 0 | 1 | 2 |
| | Manifesta psiche integra | 0 | 1 | 2 |
| | Fenomeni confusionali e deterioramento mentale (lievo, medio, grave) | 0 | 1 | 2 |
| | Prestazioni particolari per piaghe da decubito | 0 | 1 | 2 |

| Diagnosi | | | | | | |
|---|---|-------|---------|-------|----|----|
| Condizioni generali | | Buone | Medioci | Gravi | | |
| Grado di collaborazione | E' in grado di collaborare | | | | Si | No |
| Portatore di | Sondino | | | | Si | No |
| | Pace maker | | | | Si | No |
| | Catetere | | | | Si | No |
| | Pannolone | | | | Si | No |
| Stato di coscienza | Psiche integra | | | | Si | No |
| | Con fasi di confusione | | | | Si | No |
| | Con fasi di disorientamento | | | | Si | No |
| | Con fasi di agitazione psicomotoria | | | | Si | No |
| | Demenza | | | | Si | No |
| | Depressione | | | | Si | No |
| | Sindromi dissociative schizofreniche,paranoiche | | | | Si | No |
| | Deambulazione sregolata | | | | Si | No |
| | Loquacita' sregolata | | | | Si | No |
| | Accettazione delle cure e dell'assistenza | | | | Si | No |
| | Episodi maniacali | | | | Si | No |
| | Tentativi di suicidio | | | | Si | No |
| | Atteggiamento aggressivo verso gli altri | | | | Si | No |
| | Ricoveri in ambiente ospedaliero psichiatrico | | | | Si | No |
| Ricoveri precedenti in ambiente ospedaliero medico con problemi di attinenza psichiatrica | | | | Si | No | |

| | |
|-----------------|--|
| Cure | |
| Diete | |
| Allergie | |

| | |
|---|--|
| Motricità | E' affetto da : emiplegia, sclerosi a placche, morbo di parkinson, morbo di alzheimer, ecc |
| Insufficienza respiratoria cronica | E' affetto da : bronchite cronica ostruttiva, ecc |
| Tumori | E' affetto da : |
| Malattie vascolari periferiche | E' affetto da : arteriopatie ostruttive, flebopatie croniche, ecc |
| Malattie ipocinetiche | E' affetto da : ulcere da decubito, poliartrosi, anchilosi, ecc |
| Patologia alcolica | E' affetto da : epatopatia cronica cirrotica, polinevrite alcolica, |
| Malattie metaboliche | E' affetto da : diabete labile, ecc |
| Insufficienza renale | E' affetto da : |
| Esito markers epatite a, b, c. | |

Piaghe da decubito

Assente

Presente : sede e stadio _____

In equilibrio farmacologico

Scompensato

Carente apporto nutrizionale

In passato ha effettuato terapia riabilitativa

No

Si, con risultato parziale

Si, con buon risultato

Note _____

