

QUADRO CLINICO

Da compilare a cura del medico curante e da allegare alla domanda di frequenza nel
Centro Diurno - APSP SAN GIUSEPPE DI PRIMIERO

Si dichiara che il/la Sig./Sig.ra
nato/a a il
residente a in Via e
proveniente da:

casa

ospedale

presenta la seguente diagnosi:

.....
.....
.....
.....

Si allegano esami di laboratorio, esami radiologici, lettere di dimissioni relative a ricoveri ospedalieri:

.....
.....

La terapia seguita è la seguente:

.....
.....
.....

Il paziente è in grado di preparare ed assumere la terapia da solo, correttamente e senza supervisione

SI NO

NB: nel caso in cui l'Ospite provenga da ricovero ospedaliero o da altra casa di cura, è tenuto a richiedere personalmente l'intera cartella clinica o altra documentazione sanitaria esauriente, da allegare alla domanda di ingresso.

NOTIZIE INFORMATIVE SULLE CONDIZIONI GENERALI DELL'OSPITE

1. Accudisce autonomamente all'igiene personale? SI NO
In che misura? totalmente parzialmente
2. Si muove in totale autonomia ? SI NO
Si muove con l'aiuto di un bastone? SI NO
Ha bisogno di essere accompagnato solo in alcuni momenti? SI NO
Ha bisogno di essere accompagnato sempre? SI NO

3. Ha bisogno di assistenza sanitaria temporanea? SI NO
 Ha bisogno di assistenza sanitaria continua? SI NO
 L'assistenza sanitaria è di tipo particolare? SI NO
4. È da ritenersi autosufficiente? SI NO
 Totalmente? SI NO
 Parzialmente? SI NO
 È da ritenersi non autosufficiente? SI NO
 Ritiene pertanto che possa essere accolto in un reparto per AUTOSUFFICIENTI? SI NO
5. È una persona capace di vivere in comunità? SI NO
6. Ha avuto o è affetta da malattie infettive e virali? SI NO
 Se SI specificare quali:
7. È persona pacifica? SI NO
8. Può essere pericolosa a sé o agli altri? SI NO
9. È persona affetta da arteriosclerosi o turbe psichico - mentali da pregiudicare l'inserimento in comunità? SI NO
10. È seguito o è stato seguito dai servizi psichiatrici? SI NO
11. Trattasi di persona ansiosa? SI NO
12. Ha deterioramento cognitivo? SI NO
 Se SI specificare quali:
12. Ha particolari esigenze dietetiche? SI NO
13. Trattasi di persona diabetica? SI NO
14. Se in trattamento con insulina, è in grado di praticare la terapia insulinica? SI NO
15. Quali sono i valori normali della sua pressione arteriosa?
15. Usa la carrozzella o altri presidi? SI NO
16. Usa pannoloni o traverse? SI NO
 Se SI data ultima prescrizione

Numeri telefonici cui l'Utente può utilizzare per contattare il medico di base.

Data

(timbro)

IL MEDICO CURANTE

INDICE DI AUTOSUFFICIENZA

Indicare una sola risposta

MEDICAZIONI DI TIPO CHIRURGICO

- non necessarie
- per ulcerazioni e distrofie cutanee
- per catetere a permanenza
- per piaghe da decubito

NECESSITÀ DI PRESTAZIONI MEDICHE

- controlli medici di routine
- necessità di prestazioni ambulatoriali interne (accertamenti diagnostici, ecc.)
- necessità di prestazioni ambulatoriali esterne (terapia radiale, psichiatrica, consulenza specialistica)
- necessità di controllo medico continuo

CONTROLLO SFINTERICO

- presente
- incontinenza urinaria episodica
- incontinenza urinaria permanente
- incontinenza totale (urinaria e fecale)

DISTURBI COMPORTAMENTALI

- assenti
- disturbi dell'umore (aspetto triste, melanconico, ansioso, chiede sempre nuovi farmaci)
- non riesce a gestire i propri compiti e le proprie necessità: disturbi della cognitivtà
- disturbi della cognitivtà con frequente comportamento disturbante e/o atteggiamento aggressivo verso sé e gli altri

FUNZIONI DEL LINGUAGGIO

- comprende e si esprime normalmente
- linguaggio menomato, ma esprime comunque il proprio pensiero
- comprende solo ordini semplici, non riesce ad esprimere con coerenza il proprio pensiero
- non comprende, non si esprime

DEFICIT SENSORIALI (UDITO E VISTA)

- normale
- deficit correggibile con l'aiuto di protesi e/o occhiali
- grave deficit non correggibile
- cecità e/o sordità completa

MOBILITÀ

- cammina autonomamente senza aiuto
- cammina o si sposta con ausili
- si sposta solo con l'aiuto di altre persone o con carrozzina
- allettato, deve essere alzato e mobilizzato

ACTIVITY DAY LIVING (IGIENE PERSONALE, ABBIGLIAMENTO, ALIMENTAZIONE)

- totalmente indipendente
- aiuto programmato
- aiuto necessario ma parziale
- totalmente dipendente

ATTIVITÀ OCCUPAZIONALI E IMPIEGO DEL TEMPO LIBERO

- entra ed esce liberamente dal proprio domicilio
- fa attività costruttive solo all'interno del proprio domicilio
- è in grado di svolgere attività all'interno del proprio domicilio con lo stimolo e la supervisione di altre persone
- non svolge alcuna attività (non è in grado di svolgere, si rifiuta di svolgere)

STATO DELLA RETE SOCIALE (VALUTAZIONE DELLA DISPONIBILITÀ RELAZIONALE, AFFETTIVA, ASSISTENZIALE DELLA RETE FAMILIARE E SOCIALE)

- mantiene buoni e regolari rapporti con la famiglia
- non ha buoni e regolari rapporti con la famiglia, ma solo con parenti ed amici
- amici, parenti o volontari sono disponibili solo in caso di bisogno (problemi sanitari, pratiche burocratiche, difficoltà economiche, disagi esistenziali, ecc.)
- l'anziano può contare solo sull'aiuto istituzionale

Data

(timbro)

IL MEDICO CURANTE
