

SCHEMA DI INSERIMENTO

<input type="checkbox"/>	RSA
<input type="checkbox"/>	CDI
<input type="checkbox"/>	RICHIESTA INVALIDITA'

CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE

Informazioni anagrafiche																	
Nome Cognome																	
C.F.																	
Nato a il .. / .. /																	
Residente in via/piazza n°																	
Anamnesi patologica remota oltre alle comuni informazioni relative a patologie pregresse, specificare eventuali aspetti psicologici e/o comportamentali noti che hanno richiesto terapie specifiche (es. sindromi depressive, stati maniacali, alterazioni della personalità, abuso alcolico, tabagismo)																	
Malattie infettive note epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse																	
Situazione clinica attuale patologie in atto condizioni invalidanti																	
Dispositivi in uso <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Catetere vescicale</td> <td>Sondino naso-gastrico</td> </tr> <tr> <td>PEG</td> <td>Catetere venoso centrale</td> </tr> <tr> <td>Pace-maker</td> <td>ICD (defibrillatore)</td> </tr> <tr> <td>Tracheostomia</td> <td>Stomie</td> </tr> <tr> <td>Broncoaspirazione</td> <td>Porth-a-cath</td> </tr> <tr> <td>Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ventilatore per insuff. respiratorie gravi</td> <td></td> </tr> </table>		Catetere vescicale	Sondino naso-gastrico	PEG	Catetere venoso centrale	Pace-maker	ICD (defibrillatore)	Tracheostomia	Stomie	Broncoaspirazione	Porth-a-cath	Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro)		Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno		Ventilatore per insuff. respiratorie gravi	
Catetere vescicale	Sondino naso-gastrico																
PEG	Catetere venoso centrale																
Pace-maker	ICD (defibrillatore)																
Tracheostomia	Stomie																
Broncoaspirazione	Porth-a-cath																
Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro)																	
Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno																	
Ventilatore per insuff. respiratorie gravi																	
Ausili/presidi in uso Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori																	
<ul style="list-style-type: none"> • Lesioni da decubito • Ferite chirurgiche in trattamento Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro)																	
Terapia in atto Oltre ai farmaci tradizionali, specificare se il paziente ha in atto piani terapeutici attivi, terapia del dolore (specificare se oppiacei o farmaci con ricetta ministeriale), diete particolari (per insufficienza renale; celiachia; altro)																	
ALLERGIE																	
Cadute negli ultimi sei mesi <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No																	

Parte per il Medico curante

Interventi programmati necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì specificare	
Stato nutrizionale	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Variazioni ponderali negli ultimi sei mesi Note	
Giudizio sulla stabilità clinica	<input type="checkbox"/> Stabile	nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a d intervalli > 60 gg.
	<input type="checkbox"/> Moderatamente stabile	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni
	<input type="checkbox"/> Moderatamente instabile	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana
	<input type="checkbox"/> Instabile	con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano
	<input type="checkbox"/> Acuzie	con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani

Compilare in caso di richiesta di accertamento degli stati di invalidità civile, condizioni visive e sordomutismo	<i>Il paziente è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita</i> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <i>Si richiede visita domiciliare</i> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
--	---

data

firma

.....

.....

- RSA
 CDI
 RICHIESTA INVALIDITA'

SCHEDA DI INSERIMENTO

Parte per la famiglia / caregiver

Informazioni anagrafiche	Nome Cognome C.F. Nato a il .. / / Residente a via/piazza n°
Professione, pensione, invalidità	Professione svolta in passato Pensione <input type="checkbox"/> SI/NO - Ente erogatore Invalidità <input type="checkbox"/> SI/NO - Codice Invalidità
Modalità di gestione del reddito	<input type="checkbox"/> Anziano stesso <input type="checkbox"/> Familiare <input type="checkbox"/> Amministratore <input type="checkbox"/> Altro
Persona/familiare di riferimento Altri familiari (indicando sia familiari che possono o potrebbero dare sostegno)	
Medico di Medicina Generale	Dr./Dr.ssa tel.
Servizi di supporto in atto assistente domestica, ADI; servizio pasti a domicilio, Centro diurno, ecc.	
Provenienza Domicilio; Ospedale, Istituto di Riabilitazione, RSA, altro	
Tipo di inserimento in RSA/CDI/Miniall.	<input type="checkbox"/> temporaneo <input type="checkbox"/> definitivo <input type="checkbox"/> altro
Aspettativa della famiglia e/o dell'ospite	
Rete familiare (Persone conviventi: coniuge, figli, altro) Eventuali lutti recenti (coniuge; altro)	
Diete particolari	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si - specificare
Comportamenti autolesivi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si - specificare
Fumo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Alcool	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Interessi attuali lettura, TV, contatti con amici/parenti, attitudini manuali	
• Capacità di nutrirsi:	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Necessità di stimolo o sorveglianza <input type="checkbox"/> Deve essere imboccato
• Masticazione:	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Difficoltà per cibi duri <input type="checkbox"/> Mangia solo cibi molli <input type="checkbox"/> Non si alimenta per bocca

• Protesi dentaria:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì e la usa <input type="checkbox"/> Sì ma non la usa
Nome Cognome	
Piccola igiene personale (lavarsi le mani, faccia, braccia, farsi la barba, tagliarsi le unghie)	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Bagno / doccia	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Continenza vescicale	<input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Catetere
Continenza intestinale	<input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Stomia
Uso dei servizi igienici	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Capacità di vestirsi	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Vista	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con lenti <input type="checkbox"/> Cecità
Udito	<input type="checkbox"/> Integro <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Sordità
Capacità di leggere	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Capacità di scrivere	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Linguaggio	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Alterato
Mobilità	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Protesi <input type="checkbox"/> Allettato
Capacità di salire le scale	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Non in grado

Parte per la famiglia / caregiver

Trasferimento letto / carrozzina / poltrona	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Non in grado
Nome Cognome	
Uso della sedia a rotelle	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si autonomo nell'uso <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ausili utilizzati	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Si Specificare quali <input type="checkbox"/> Di proprietà <input type="checkbox"/> Fornito da <div style="text-align: center;">il / /</div>
Accetta la terapia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Assume la terapia autonomamente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sonno - riposo	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Disturbato <input type="checkbox"/> Insonnia
Aggressività	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A volte
Tendenza alla fuga / perdersi	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A volte
Cadute negli ultimi 6 mesi	<input type="checkbox"/> Si - n° <input type="checkbox"/> No
Utilizza una contenzione	<input type="checkbox"/> Si - specificare <input type="checkbox"/> No
Previsione di contatti con il paziente (es, n° di visite alla settimana che i familiari ritengono di poter effettuare)	

All'atto del ricovero, si raccomanda di consegnare tutta la documentazione sanitaria dell'ospite.

data

firma

.....

.....