



**Rembrandt**  
COOPERATIVA SOCIALE

**DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO**

**MOD 014**

**SCHEDA SANITARIA**

**INFORMAZIONI SANITARIE** *a cura del Medico curante*

del sig./sig.ra \_\_\_\_\_

**Condizioni generali di salute**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Stato di coscienza**

- Vigile                       Soporoso                       Orientato T/S                       Parzialmente orientato T/S  
 Disorientato T/S

**Disturbi del comportamento**

- Deliri     Allucinazioni     Agitazione     Aggressività verbale                       Aggressività fisica  
 Apatia     Depressione     Ansia     Irritabilità                       Cammino afinalistico (wandering)  
 Stereotipie motorie     Disturbi dell'alimentazione                       Disturbi del sonno

**Anamnesi patologica remota e prossima**

*(elencare ove possibile anno di insorgenza della patologia/di esecuzione dell'intervento chirurgico)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ev. ultimo ricovero ospedaliero o riabilitativo** *(mese/anno, motivo di ingresso e diagnosi alla dimissione)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_

**Eventuali ricoveri precedenti** *(se ritenuti utili alla definizione del caso)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

 <b>Rembrandt</b> <small>COOPERATIVA SOCIALE</small>	<b>DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO</b>	<b>MOD 014</b>
	<b>SCHEDA SANITARIA</b>	

<b>COMORBILITA'</b>	<i>Se presente, specificare la condizione</i>	Assente	Moderato	Grave
Cardiaca		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ipertensione		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vascolari (sangue, vasi, midollo, sist linfatico)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respiratoria (polmoni, bronchi, trachea)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OONGL (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato GI superiore (esofago, stomaco, duodeno, colecisti, pancreas)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato GI Inferiore (intestino, ernie)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epatiche (solo fegato)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renali (solo rene)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre patologie genito-urinarie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema Muscolo scheletrico – Cute		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema nervoso centrale e periferico (non demenza)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocrine Metaboliche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psichiatrico – comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione,		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausili per la gestione delle insufficienze funzionali in uso**

- Ossigenoterapia (continua, a cicli)
- Tracheostomia (tipo di cannula)

**Organi sensoriali**

- Vista             normale     con lenti     cecità  
 Udito             integro     corretto con protesi     sordità

**Linguaggio**


- Normale     Afasico     Disartrico

**Lesioni cutanee da pressione**

Sede.....

Grado.....

<b>Il paziente è esente da malattie contagiose tali da controindicare la vita in comunità</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
---	-----------	-----------

 <b>Rembrandt</b> <small>COOPERATIVA SOCIALE</small>	<b>DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO</b>	<b>MOD 014</b>
	<b>SCHEDA SANITARIA</b>	

**TERAPIA ATTUALMENTE ASSUNTA DAL PAZIENTE** \_\_\_\_\_

ORA	FARMACO <i>(indicare il nome commerciale o il principio attivo)</i>	DOSAGGIO	POSOLOGIA (n° cp o gtt)	<i>note</i>

**TERAPIA ASSUNTA AL BISOGNO**


**EVENTUALI ALLERGIE A FARMACI**

--

Data di compilazione \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico del Medico \_\_\_\_\_