



QUADRO CLINICO

Mod.AMIN.01.02
Rev. 01
Pag. 1 di pag. 2

Montecchio Maggiore (VI)

Data di emissione: 01.11.15

Approvazione:

COMUNICAZIONI MEDICO-SANITARIE:

Si dichiara che il/la Sig./a _____

nato/a _____ il _____ e residente a _____

n. codice sanitario |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

n. esenzione ticket |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Proveniente da:

- Domicilio
- Ospedale _____
- Altro Istituto _____

Presenta la seguente diagnosi:

La terapia seguita attualmente è la seguente:

Altre notizie di carattere clinico:

- problemi psichiatrici (se si specificare tipologia) _____

- insonnia
- incontinenza
- Allergie _____
- altro _____

Pressione arteriosa _____



QUADRO CLINICO

Mod.AMIN.01.02
Rev. 01
Pag. 2 di pag. 2

Montecchio Maggiore (VI)

Data di emissione: 01.11.15

Approvazione:

Frequenza cardiaca _____

NOTIZIE INFORMATIVE SULLE CONDIZIONI GENERALI DELL'OSPITE:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Accudisce autonomamente all'igiene personale | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 2. Si muove con totale autonomia | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 3. Ha bisogno di essere accompagnato | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 4. Ha bisogno di carrozzella o ausili che agevolano gli spostamenti | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 5. Usa pannoloni o traverse | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 6. E' allettato | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 7. E' possibile un recupero motorio | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 8. E' persona diabetica | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 9. E' persona disfagica | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 10. Ha particolari esigenze dietetiche
Se sì specificare quali _____ | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 11. E' persona capace di vivere in comunità | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 12. E' persona affetta da malattie infettive | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 13. E' persona pacifica | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 14. Può essere pericolosa a sè o agli altri | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 15. E' persona affetta da arteriosclerosi o turbe psichico-mentali
da pregiudicare l'inserimento in comunità | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 16. E' seguito o è stato seguito dai servizi psichiatrici | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 17. Sono presenti piaghe se sì dove _____ | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |

Allegare:

- lettere di dimissioni da eventuali ricoveri ospedalieri
- referti di visite specialistiche eseguite nell'ultimo anno
- referti di esami di laboratorio eseguiti nell'ultimo anno
- referti di indagini radiologiche eseguite nell'ultimo anno

Data _____

IL MEDICO CURANTE

N.B.: Al momento dell'ingresso, il medico della Casa di Riposo verificherà con il medico curante eventuali variazioni dello stato di salute della persona intercorse dalla data di compilazione del presente quadro clinico.