



SCHEDA SANITARIA

Segnalazione per accoglienza nella Residenza Protetta "Casa di Riposo - A. e L. Levratto"

Cognome _____ Nome _____ sesso: M F
 data di nascita _____ stato civile _____
 numero tessera sanitaria _____ event. esenzione ticket _____
 Residenza: Città _____ Via _____ tel. _____
 Domicilio attuale _____

VALUTAZIONE DELL'AUTONOMIA E DELLO STATO DI SALUTE

COERENZA

- coerente
- parz. o salt. Incoerente
- incoerente (bisogno di sorv. continua)
- ORIENTAMENTO**
- ben orientato
- parz. o salt. disorientato
- disorientato temporo-spaz.
- INSERIMENTO SOCIALE**
- nessun prob.di inserim. nel proprio contesto soc.
- ha qualche difficoltà (frequenti contrasti)
- gravi problemi (non riesce a mantenere rapporti)
- VISTA**
- vede bene (anche con lenti)
- la funzione è parzialmente conservata
- non vedente
- UDITO**
- sente bene anche con protesi acustica
- la funzione è parz. conservata
- non udente
- PAROLA**
- parla e comprende normalmente
- difficoltà nell'espressione verbale (bastone, tripode, carrozzella)
- turbe gravi sia dell'espressione che della carrozzella) compensione verbale

IGIENE

- autosufficiente
- parzialmente autosufficiente
- non autosufficiente
- ABBIGLIAMENTO**
- autosufficiente
- parz. autosufficiente
- non autosufficiente
- AIUTO ALL'ALIMENTAZIONE**
- nessun aiuto
- adattamento al pasto (aiuto per tagliare cibi)
- aiuto totale e sorveglianza continua
- CONTINENZA**
- continente
- incontinente saltuario
- incontinente frequente
- MOBILIZZAZIONE DA LETTO**
- si alza senza aiuto o non si alza
- deve essere aiutato
- deve essere alzato passivamente
- AIUTO ALLA DEAMBULAZIONE**
- nessun aiuto
- aiuto meccanico
- aiuto umano (anche per spingere)

DIAGNOSI _____

PROBLEMI CLINICI E/O RIABILITATIVI PRESENTI _____

PROPOSTE:

- RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE
- RESIDENZA PROTETTA
- ALTRO (telesoccorso, ecc.) _____

Data _____

TIMBRO E FIRMA

- MEDICO DI FAMIGLIA
- MEDICO OSPEDALIERO