

Periodo di soggiorno richiesto _____

 Tipo di ricovero: privato convenzionato ricovero di distretto

Nome Cognome e telefono medico curante _____

Cognome ospite _____ Nome ospite _____

Recapito telefonico e nominativo parente

| | | | |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Luogo di nascita _____ | Data _____ | | |
| Condizioni generali attuali: | buone <input type="checkbox"/> | mediocri <input type="checkbox"/> | gravi <input type="checkbox"/> |
| Paziente diabetico _____ | | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| Motilità: | | | |
| può camminare da solo _____ | | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| può camminare con aiuto _____ | | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| può camminare con protesi _____ | | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| si sposta con carrozzella _____ | | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| è allettato _____ | | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| da quanto tempo: _____ | mese _____ | anno _____ | |
| piaghe da decubito _____ | | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| si veste da solo _____ | | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| si veste con aiuto parziale _____ | | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| deve essere vestito _____ | | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| mangia da solo _____ | | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| mangia con aiuto parziale _____ | | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| deve essere imboccato _____ | | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| si lava da solo _____ | | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| si lava con aiuto parziale _____ | | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| deve essere lavato _____ | | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| utilizza da solo i servizi igienici _____ | | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| utilizza i servizi con aiuto parziale _____ | | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| deve essere accompagnato ai servizi _____ | | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| Psiche integra _____ | | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| se no: _____ | | | |
| con fasi di confusione-disorientamento _____ | | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| con fasi di agitazione psicomotoria _____ | | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| da quanto tempo: _____ | Mese _____ | anno _____ | |
| Sensorio: | | | |
| cecità _____ | | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| sordità _____ | | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| mutismo _____ | | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| ipovisus _____ | | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| ipoacusia _____ | | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| disartria _____ | | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |

 Assistenza Religiosa - no sì Religione _____ Può bere vino sì no

Continenza sfinteri:

incontinenza vescicale _____ Sì No
porta catetere _____ Sì No
incontinenza anale sss _____ Sì No
ha subito ricoveri ospedalieri
quando: _____ mese _____ anno _____
in ospedale psichiatrico
quando: _____ mese _____ anno _____
orientato nel tempo _____ Sì No
nello spazio _____ Sì No

Esame obiettivo particolare:

apparato cardiovascolare _____

apparato digerente _____

apparato osteomuscolare _____

malattie neurologiche e psichiche _____

Parere del medico:

Note: _____

Terapie in corso:

| |
|---|
| RIESAME DEL CONTRATTO FUNZIONE OPE _____ FUNZIONE SAN _____ Data accettazione _____ |
|---|

data _____ Timbro e firma Medico _____