

SITUAZIONE MEDICA GENERALE

RESIDENZA PROTETTA "CITY RESIDENCE" VIA VINCENZO IRELLI 16 TERAMO
casadiriposo.teramo@gmail.com

SCHEDA ANAMNESTICA PER L'ACCESSO AL SISTEMA DELLE CURE RESIDENZIALI

PG 7.2.1 M15 Rev 00 [RA-DS]

SI CERTIFICA

a richiesta di parte, quanto segue:

COGNOME _____ NOME _____	
NATO IL _____ A _____ COD.FISC. _____	
RESIDENTE A _____ PROV. _____ CAP _____	
VIA _____ N. _____ INVALIDITA' CIVILE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
FAMILIARE DI RIFERIMENTO: _____ PARENTELA _____	
RECAPITI TELEFONICI : _____	
Diagnosi	_____

Note anamnestiche	_____

Interventi chirurgici subiti	_____

Vaccinazioni	Anti-Covid-19 in data: Anti-influenzale in data:

Prescrizione per i seguenti esami ematochimici che sono da effettuarsi prima dell'ingresso nella struttura:

Emocromo con formula leucocitaria, glicemia, azotemia, creatinina, uricemia, transaminasi, γ gt, fosfatasi alcalina, bilirubina, protidemia, elettroforesi proteica, VES, elettroliti, esame urine, **marcatori sierologici epatite B e C, TPHA**

SITUAZIONE MEDICA GENERALE

RESIDENZA PROTETTA "CITY RESIDENCE" VIA VINCENZO IRELLI 16 TERAMO
casadiriposo.teramo@gmail.com

SCHEDA ANAMNETICA PER L'ACCESSO AL SISTEMA DELLE CURE RESIDENZIALI

PG 7.2.1 M15 Rev 00 [RA-DS]

ADL (Attività della Vita Quotidiana) – Autonomia nel:

<u>Fare il bagno</u>	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> parziale	<input type="checkbox"/> no	<u>Vestirsi</u>	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> parziale	<input type="checkbox"/> no
<u>Igiene personale</u>	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> parziale	<input type="checkbox"/> no	<u>Spostamenti</u>	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> parziale	<input type="checkbox"/> no
<u>Alimentazione</u>	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> parziale	<input type="checkbox"/> no				

Disabilità da trattare

Elevato indice di comorbidità si no Stato di coscienza: Orientato Disorientato Coma

Disturbi del sonno si no Disturbi del comportamento si no
(p. es.: gridare, girovagare, lanciare oggetti, picchiare)

Respirazione: autonoma ossigeno Paziente collaborante: si no

Deambulazione autonoma: si no Alimentazione: autonoma SNG PEG altro

Continenza urinaria si no pannoloni
 catetere vescicale tipo _____
 altro

Continenza fecale si no Portatore di stomia: si no

Evacuazione spontanea si no Specificare le modalità

Accesso venoso centrale si no

Positivo HBV Positivo HCV Positivo HIV

Peso corporeo: sottopeso normopeso sovrappeso obeso gravemente obeso

Lesioni da decubito no si Sede e Grado

Allergie e intolleranze

Terapia in atto

NOTE CONCLUSIVE

- Il paziente pertanto risulta autosufficiente.
- Il paziente pertanto risulta semi-autosufficiente.
- Il paziente pertanto risulta **non autosufficiente** e non curabile a domicilio e come tale necessita di assistenza sanitaria e infermieristica per limitare la perdita delle funzioni residue e per prevenire le complicanze.

Data _____

Timbro e firma del medico _____