

RICHIESTA DI INSERIMENTO IN STRUTTURA

ALLEGATO 1

(da compilarsi a cura del medico curante)

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____

Nome _____

Nato a _____ il _____

Residenza _____

CONDIZIONI CLINICHE

Peso _____ Altezza _____

Anamnesi patologica

Patologie attive: _____

CONDIZIONI CLINICHE ATTUALI:

Stato mentale:

- completamente confuso
- chiaramente confuso, non si comporta come dovrebbe
- incerto e dubbioso
- completamente lucido

Stato relazionale:

- qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- uno stimolo esterno normale provoca irritabilità
- saltuariamente presenta segni di irritabilità
- calmo e non irritabile

Tranquillità/irrequietezza:

- non presenta segni di irrequietezza, è tranquillo
- saltuariamente è irrequieto, si agita durante la conversazione, muove le mani e i piedi, tocca vari oggetti
- cammina incessantemente, incapace di stare fermo

Spostamento

- su sedia a rotelle:** ospite in carrozzina, dipendente per la locomozione
 autonomia per la locomozione, percorre più di 50 metri

- Igiene personale:** completamente dipendente
 necessaria l'assistenza per una o più circostanze dell'igiene personale
 completamente indipendente

- Alimentazione:** totalmente dipendente, va imboccato
 necessarie supervisione e assistenza in alcuni momenti
 totalmente indipendente

In caso di frattura recente: tipo di frattura _____
 trattamento _____
 rimozione gesso _____
 concessione al carico _____

Necessità di FKT: no sì

Piaghe da decubito: sì no
 Localizzazione: _____

Ricoveri per patologia psichiatrica: no sì

Orientamento T/S.: no sì

- Grado di collaborazione:** collaborante
 poco collaborante
 assenza di collaborazione

TERAPIE

Terapie mediche in atto: **(specificare dosaggi e posologia) ed in particolare se sono previste o prevedibili terapie complesse o necessitanti di sorveglianza continua (ad es. trasfusioni, chemioterapie orali, somministrazione di farmaci potenzialmente gravati da importanti effetti collaterali,etc.)**

Specificare: ha effettuato Vaccino anti Covid ? SI NO
 Quante dosi? Vaccinazione completa SI NO
 Ultima dose somministrata il _____

Medicazioni in atto: no sì
Sede: _____
Tipo: _____
Frequenza: _____

Terapie particolari in corso o programmate: no sì

<input type="checkbox"/> nutrizione parenterale totale	<input type="checkbox"/> chemioterapia
<input type="checkbox"/> nutrizione enterale	<input type="checkbox"/> radioterapia
<input type="checkbox"/> ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> dialisi
<input type="checkbox"/> broncoaspirazione	<input type="checkbox"/> altro _____

Allergie a farmaci e/o alimenti	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì _____
Portatore di pace-maker:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì impiantato il: __/__/_____
Portatore di stomia:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Portatore di Peg:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Portatore di C.V.C.	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Sondino naso-gastrico	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì

Presidi ed ausili in uso

<input type="checkbox"/> bastone	<input type="checkbox"/> se fornito dalla ASL
<input type="checkbox"/> deambulatore	<input type="checkbox"/> se fornito dalla ASL
<input type="checkbox"/> carrozzina	<input type="checkbox"/> se fornito dalla ASL
<input type="checkbox"/> materassino antidecubito	<input type="checkbox"/> se fornito dalla ASL
<input type="checkbox"/> letto ortopedico	<input type="checkbox"/> se fornito dalla ASL
<input type="checkbox"/> presidi per l'incontinenza	<input type="checkbox"/> se fornito dalla ASL
<input type="checkbox"/> materiali di medicazione	<input type="checkbox"/> se fornito dalla ASL
<input type="checkbox"/> acqua gel	<input type="checkbox"/> se fornita dalla ASL

Firma e timbro del medico curante
(indicare un recapito telefonico)

Data ____/____/____ _____