

SCHEDA SANITARIA
(da allegare alla proposta di ricovero)

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita __/__/__ Luogo di nascita _____ Prov. (_____)

Patologie: _____

Terapia in corso: _____

SI NUTRE	<input type="checkbox"/> normalmente <input type="checkbox"/> con adattamenti <input type="checkbox"/> con aiuto	STATO MENTALE	<input type="checkbox"/> apatico <input type="checkbox"/> lucido <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> agitato
SI LAVA	<input type="checkbox"/> normalmente <input type="checkbox"/> con adattamenti <input type="checkbox"/> con aiuto	controllo VESCICA	<input type="checkbox"/> normalmente <input type="checkbox"/> con adattamenti <input type="checkbox"/> catetere a perman. <input type="checkbox"/> ha il pannolone
SI VESTE	<input type="checkbox"/> normalmente <input type="checkbox"/> con adattamenti <input type="checkbox"/> con aiuto	controllo ALVO	<input type="checkbox"/> normalmente <input type="checkbox"/> con adattamenti <input type="checkbox"/> non sempre <input type="checkbox"/> ha il pannolone
DEAMBULA	<input type="checkbox"/> normalmente <input type="checkbox"/> con aiuto <input type="checkbox"/> in carrozzina	GRADO DI AUTOSUFFICIENZA	<input type="checkbox"/> completa <input type="checkbox"/> parzialmente non autosufficiente

Dichiaro inoltre che il Sig. _____ non è attualmente affetto da malattie infettive, contagiose o comunque trasmissibili né da deficit psichici tali da impedire di vivere in comunità ed assenza di condizione di rischio in atto.

_____, lì _____

Timbro e firma del
Medico curante