

NOME E COGNOME DELL'INTERESSATO: \_\_\_\_\_

**SCHEDA SANITARIA (in allegato alla domanda di ingresso)**  
*(compilazione a cura del medico di famiglia o di reparto ospedaliero)*  
Allegato C

**ANAMNESI:**

---

---

---

**TIPO DI INVALIDITA':** \_\_\_\_\_

**PERCENTUALE di INVALIDITA':**                      %

**INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO:**                       SI                       NO

**Trasferimento letto sedia**

Codice      Significato

- 1      Necessarie due persone per il trasferimento del paziente, con o senza ausilio meccanico
- 2      Il paziente collabora ma è necessaria comunque la collaborazione di una persona
- 3      Per una o più fasi del trasferimento è necessaria la collaborazione di una persona
- 4      Occorre una persona per garantire la sicurezza e/o infondere fiducia
- 5      Il paziente è in grado di muoversi senza pericoli ed è autonomo durante il trasferimento

**Deambulazione**

Codice      Significato

- 1      Dipendenza rispetto alla locomozione
- 2      Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
- 3      Necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
- 4      Paziente autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione per ridurre i rischi e infondergli fiducia, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto
- 5      Paziente autonomo nella deambulazione, deve essere in grado di indossare corsetti e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego.  
Deve poter adoperare stampelle, bastoni, ecc. e percorrere 50 metri senza aiuto o supervisione.

**Locomozione su sedia a rotelle**

Codice      Significato

- 1      Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
- 2      Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
- 3      Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
- 4      Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessaria assistenza per i tratti difficoltosi
- 5      Autonomo: deve essere in grado di girare intorno agli spigoli, su sé stesso, di accostarsi al tavolo, ecc. e deve essere in grado di percorrere almeno 50 metri.

## Igiene personale

Codice	Significato
<input type="checkbox"/>	1 Paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista
<input type="checkbox"/>	2 E' necessario assisterlo in tutte le circostanze della igiene personale
<input type="checkbox"/>	3 E' necessario assisterlo in una o più circostanze della igiene personale
<input type="checkbox"/>	4 E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo la operazione da eseguire
<input type="checkbox"/>	5 Totale indipendenza

## Alimentazione

Codice	Significato
<input type="checkbox"/>	1 Paziente totalmente dipendente, va imboccato.
<input type="checkbox"/>	2 Riesce a manipolare qualche posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
<input type="checkbox"/>	3 Riesce ad alimentarsi sotto supervisione - l'assistenza è limitata ai gesti più complicati,
<input type="checkbox"/>	4 Paziente indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni... la presenza di un'altra persona non è indispensabile
<input type="checkbox"/>	5 Totale indipendenza nel mangiare.

## Confusione-(stato mentale)

Codice	Significato
<input type="checkbox"/>	1 Paziente completamente confuso - comunicazione e attività cognitive compromesse, personalità destrutturata
<input type="checkbox"/>	2 E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
<input type="checkbox"/>	3 Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
<input type="checkbox"/>	4 E' perfettamente lucido

## Irritabilità

Codice	Significato
<input type="checkbox"/>	1 Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
<input type="checkbox"/>	2 Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare.
<input type="checkbox"/>	3 Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete
<input type="checkbox"/>	4 Non mostra segni di irritabilità ed è calmo

## Irrequietezza (stato Comportamentale)

Codice	Significato
<input type="checkbox"/>	1 Cammina avanti e indietro incessantemente ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo
<input type="checkbox"/>	2 Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, toccando in continuazione vari oggetti.
<input type="checkbox"/>	3 Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione, ha difficoltà nel mantenere fermi piedi e mani e tocca continuamente vari oggetti.
<input type="checkbox"/>	4 Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità.

Patologia cardiaca (solo cuore)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ipertensione arteriosa ( si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie dell'apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie dell'apparato G.I. inferiore (intestino. ernie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie epatiche (solo fegato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie renali (solo rene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie genito - urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie del sistema muscolo-scheletrico, cute (muscoli, scheletro, tegumenti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie del SNC e SNP (esclusa la demenza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie endocrine, metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie psichiatrico - comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Ricoveri ospedalieri recenti**

SI

NO

*Terapia in atto:*

---



---



---



---



---

*Reattività emotiva:*

- Collaborante
- E' estraniato dal mondo circostante
- Depressione
- Stato ansioso
- Agitazione con spunti aggressivi

**Incontinenza**

**URINARIA**

- a) *assente*
- b) *occasionale*
- c) *abituale*
- d) *catetere a permanenza*

**FECALE**

- a) *assente*
- b) *occasionale*
- c) *abituale*

**Lesioni da decubito:**

- assenti*
- iniziali*
- gravi*
- multiple*

*(specificare la sede)*

---

---

---

---

**Peso kg:**

**Nutrizione artificiale:**

PEG   
SNG   
NPT

*E' esente da malattie infettive in atto e può vivere in Comunità?*

- SI*                       *NO*

*Abusa di sostanze alcoliche?*

- NO,MAI*                       *SI,IN PASSATO*                       *SI, ATTUALMENTE*

*Ha mai avuto ricoveri in reparti psichiatrici?*

- SI*                                       *NO*

*Richiede trattamento riabilitativo?*

- SI*                                       *NO*

*specificare:*

---

---

---

---

---

*timbro e firma del Medico di famiglia o di reparto*

*data* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_