

Egr. Collega,

in relazione alla presentazione della domanda di ricovero presso la Casa Anziani di Uggiate Trevano del/la Sig./ra.....nato/a il.....,

Le chiediamo di voler cortesemente compilare questo modulo con i dati anamnestici del/la Paziente, al fine di una migliore gestione delle problematiche sanitarie ed assistenziali.

CONDIZIONI GENERALI: BUONE DISCRETE GRAVI

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA E PROSSIMA:

.....

ALLERGIE NOTE.....

GRADO DI DIPENDENZA: AUTONOMA CON AIUTO NON AUTONOMA

VESTIZIONE _____
 ALIMENTAZIONE _____
 IGIENE PERSONALE _____
 UTILIZZO SERVIZI IGIENICI _____

DEAMBULAZIONE:

AUTONOMA _____
 CON AIUTO O CON AUSILI _____ QUALI.....
 CARROZZINA _____
 ALLETTATO _____ DA QUANTO.....

INCONTINENZA:

NO SI
 URINARIA _____
 FECALE _____
 AUSILI _____ QUALI.....

PSICHE:

NO SI
 INTEGRA
 STATI DI CONFUSIONE E DISORIENTAMENTO T.S.
 STATI DI AGITAZIONE PSICOMOTORIA
 SINDROME ANSIOSO-DEPRESSIVA

MEMORIA:

CONSERVATA NO SI
 TIPOLOGIA DEL DISTURBO.....

TONO DELL'UMORE:

NO SI
 DEPRESSO
 ANSIOSO
 AGGRESSIVO
 TENTATIVI DI SUICIDIO

SENSORIO:

INTEGRO SORDITA' MUTISMO
 CECITA' IPOACUSIA DISARTRIA
 IPOVISUS

RIPOSO NOTTURNO:

SONNO REGOLARE INSONNE AGITATO USA IPOINDUCENTI

FUMO: NO SI IN CHE MISURA.....

ALCOOL: NO SI IN CHE MISURA.....

TERAPIA IN CORSO:

farmaco	posologia

DATA.....

TIMBRO E FIRMA