

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
TIPOLOGIA DEL DISTURBO..... NO SI

TONO DELL'UMORE:

DEPRESSO
ANSIOSO
AGGRESSIVO
TENTATIVI DI SUICIDIO

NO SI

SENSORIO:

INTEGRO
CECITA'
IPOVISUS

SORDITA'
IPOACUSIA

MUTISMO
DISARTRIA

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:** dose, frequenza e orari di somministrazione

LA INCOMPLETA O IMPRECISA COMPILAZIONE DELLO SCHEMA TERAPIA, COME SOPRA SUGGERITO, PUO' COSTITUIRE MOTIVO DI NON ACCETTAZIONE DELLA DOMANDA.

SPECIFICARE EVENTUALI PRESIDI (CATETERE VESCICALE, STOMIE, ETC...), TERAPIA CON OSSIGENO O MEDICAZIONI IN ESSERE.

DATA.....

TIMBRO E FIRMA