

SCHEDA CLINICA INFORMATIVA per il trasferimento del paziente

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> in Riab. SPECIALISTICA | <input type="checkbox"/> in RSA ed altre Strutture Socio-Sanitarie |
| <input type="checkbox"/> in Riab. MANTENIMENTO | <input type="checkbox"/> a Domicilio |
| <input type="checkbox"/> in Riab. GENERALE / GERIATRICA | |

Cognome e Nome paziente	
nato/a	il
Comune di residenza	
Indirizzo	
CODICE FISCALE.....	

Sintesi diagnostica	→
Evento indice e data insorgenza	→
Altre Patologie in atto ed eventuali allergie	→
Terapia in atto	→

Disfagia Si No **Afasia/disartria** Si No

Nutrizione per os Sondino n-g PEG Parenterale

Respirazione normale Ossigeno Ventilazione meccanica con tracheostomia

Aspirazione secrezioni bronchiali Si No

Presenza deficit sensoriali Visivi Uditivi

Portatore di:

<input type="checkbox"/> Pace Maker	<input type="checkbox"/> Catetere perdurale	<input type="checkbox"/> Catetere venoso centrale	<input type="checkbox"/> Pompa elastomerica
<input type="checkbox"/> Tracheostomia	<input type="checkbox"/> Urostomia	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Catetere vescicale
<input type="checkbox"/> Protesi	<input type="checkbox"/> Ortesi	Quali:.....	

Presenza Piaghe da decubito Si No **Eventuali sedi**

Altre lesioni: Si No

Segue →

STATO DI COSCIENZA	<input type="checkbox"/> Vigile	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo verbale	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo doloroso	<input type="checkbox"/> Non risponde
Eventuale punteggio Glasgow Coma Scale			
Deterioramento cognitivo	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> lieve/moderato		<input type="checkbox"/> grave
Comprensione ordini semplici	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Disturbi del comportamento	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> lievi/moderati		<input type="checkbox"/> gravi
↳ Specificare			

ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

	Indipendente	Parzialmente Dipendente	Totalmente Dipendente	
Capacita' di fare il bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso dei servizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Continenza Sfinterica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di alimentarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cammina	<input type="checkbox"/> da solo	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> protesi- ausili	<input type="checkbox"/> usa carrozzella
Allettato	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Se si, specificare da quanto tempo	mesi.....	anni.....

SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE

Abitazione	<input type="checkbox"/> Idonea	<input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche	
Vive solo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Supporto familiare /caregiver	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

E' già stato sottoposto a terapia riabilitativa?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
↳ Con quali risultati?	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Nullo

Attuale capacita' di collaborazione ad interventi riabilitativi:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente
Orientamento sulle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

Struttura inviante

In fede

.....
☎

.....
(timbro e firma del Medico)

Luogo e data,.....



Fondazione
Scarpari Forattini
onlus

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI DISTURBI COMPORTAMENTALI (A.Di.Co)

Cognome _____

Nome _____

Nato a _____

Il _____

AREA	DISTURBI COMPORTAMENTALI	✓
A	Assenza o lievi disturbi cognitivi e del comportamento	
B	Aggressività verbale	
	Pone domande ripetitivamente	
	Si sente ansioso, agitato, preoccupato, costantemente inquieto	
	Allucinazioni / Deliri	
C	Attività motoria finalistica (wandering, fughe)	
	Aggressività fisica	
	Comportamento socialmente inadeguato / Disinibizione	
	Alterazione severa del ritmo sonno-veglia / Insonnia grave	
	Rifiuto dell'assistenza	
	Comportamento alimentazione gravemente alterato	

Si considerano presenti i disturbi comportamentali che si manifestano con frequenza giornaliera o almeno 2/3 volte a settimana e sono resistenti agli interventi di supervisione e rassicurazioni; la risposta ai farmaci è incompleta o instabile.

Data _____

In fede

(timbro e firma del medico)