	Allegato PRS18_08	PRS 18
	RICHIESTA INFORMAZIONI AL CURANTE/SCHEDA INFORMATIVA	ALL 8
		Rev 0 13.04.12

RICHIESTA INFORMAZIONI AL CURANTE

Caro collega


alla nostra struttura è stato richiesto di prendersi cura del Suo/a paziente

il/la Sig/Sig.ra _____

La pregherei di voler compilare la scheda informativa che le alleghiamo per poterci permettere, conoscendolo/a meglio, di poterlo/a assistere nel migliore dei modi possibile in relazione alle sue reali condizioni di salute sin dalle prime fasi del ricovero.

La ringrazio per la collaborazione.

Il Direttore Sanitario

	Allegato PRS18_08	PRS 18
	RICHIESTA INFORMAZIONI AL CURANTE/SCHEDA INFORMATIVA	ALL 8
		Rev 0 13.04.12

NOME: _____ **COGNOME:** _____

DATA DI NASCITA: _____

(da compilarsi a cura del medico curante)

CONDIZIONI DI AUTOSUFFICIENZA (Giudizio complessivo)

buona
 discreta
 scarsa
 nulla

CONDIZIONI PSICO-INTELLETTIVE


- lucidità
- fase di confusione e disorientamento
- persistente disorientamento spazio temporale
- agitazione psico-motoria episodica
- agitazione psico-motoria presente solo in alcuni momenti del/la giorno notte
- agitazione psico-motoria frequente durante tutta la giornata
- depressione del tono dell'umore

MOBILITA'

- autonoma
- cammina con l'aiuto di ausili bastone tripode girello
- cammina con l'aiuto di un accompagnatore
- necessita/utilizza carrozzella
- costretto a letto

ALIMENTAZIONE

- autonoma
- necessita di un modesto aiuto (tagliare il cibo, versare le bevande etc...)
- deve essere imboccato
- rifiuto del cibo
- diete particolari
- altro.....

	Allegato PRS18_08	PRS 18
	RICHIESTA INFORMAZIONI AL CURANTE/SCHEDA INFORMATIVA	ALL 8
		Rev 0 13.04.12

INCONTINENZA SFINTERICA

- no abituale
- occasionale doppia incontinenza

VESTIZIONE

- si veste e si sveste da solo scegliendo i capi di abbigliamento
- si veste e si sveste da solo richiedendo solo una minima assistenza
- necessita di aiuto solo per i capi di abbigliamento più complessi
- completamente incapace di vestirsi, tuttavia collabora con chi lo aiuta
- completamente incapace di vestirsi e oppone resistenza a chi lo aiuta

IGIENE DEL CORPO

- fa da solo il bagno (vasca,doccia, spugnature) senza bisogno di aiuto
- fa il bagno da solo ma deve essere aiutato ad entrare ed uscire dalla vasca
- si lava da solo mani e viso ma necessita di aiuto per il resto del corpo oppure necessita di stimolazione continua per tenersi pulito
- non riesce a lavarsi da solo
- non cerca di lavarsi e/o si oppone agli sforzi degli altri per tenerlo pulito

PIAGHE DA DECUBITO

- no una sede più sedi
- si superficiali profonde

Zone interessate

Medicazione utilizzata

NECESSITA DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO

- riattivazione generale FKT

DOLORE

- cronico acuto a riposo
 - esacerbato dalla mobilizzazione passiva esacerbato dai movimenti attivi
- sedi

**CONDIZIONI GENERALI (nutrizione sanguificazione)** **buona** **discreta** **scadenti** **gravi****APPARATO BRONCOPOLMONARE**

- bronchite cronica
- Tbc in atto o pregressa

- crisi dispnoiche recidivanti
- altra patologia

APPARATO CARDIOVASCOLARE

- ipertensione
- insufficienza coronaria
- pace-maker
- altra patologia.....

- scompenso cardiaco
- aritmie gravi
- arteriopatie periferiche

Pressione arteriosa.....

APPARATO GASTROINTESTINALE

- ulcera gastroduodenale in atto
- malattie croniche intestinali (rettocoliti.....)
- ano preternaturale
- epatite B o C
- diverticolosi intestinale del colon
- altra patologia

- pregressa

APPARATO GENITO-URINARIO

- insufficienza renale
- cistopielite cronica
- trattamento dialitico sede
- altra patologia

- ipertrofia prostatica
- portatore di catetere

DEFICIT SENSORIALI

- udito
- altro

- vista

**APPARATO NEUROLOGICO**

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> monoparesi | <input type="checkbox"/> emiparesi | <input type="checkbox"/> paraparesi |
| <input type="checkbox"/> emiplegia | <input type="checkbox"/> paraplegia | <input type="checkbox"/> tetraplegia |
| <input type="checkbox"/> deficit dell'equilibrio | <input type="checkbox"/> disturbi della sensibilità | |
| <input type="checkbox"/> afasia | <input type="checkbox"/> parkinsonismo | |
| <input type="checkbox"/> tremori | <input type="checkbox"/> rigidità | |
| <input type="checkbox"/> demenza senile | | |
| <input type="checkbox"/> altra patologia | | |

APPARATO OSTEOARTICOLARE

- | | |
|---|------------|
| <input type="checkbox"/> blocchi articolari | sede |
| causa | |
| <input type="checkbox"/> osteoporosi | |
| <input type="checkbox"/> fratture pregresse o recenti | sede |
| <input type="checkbox"/> altra patologia | |

MALATTIE METABOLICHE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> diabete | |
| <input type="checkbox"/> altra patologia | |

PATOLOGIA NEOPLASTICA


- | | |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> in fase evolutiva | |
| <input type="checkbox"/> metastasi | sede (caratteristiche) |

ALTRE PATOLOGIE GRAVI**TERAPIA IN ATTO**

Il paziente presenta grave compromissione dello stato fisico generale per patologia in fase evolutiva

 sì no

N.B.- Sbarrare tutte le voci interessate

	Allegato PRS18_08	PRS 18
	RICHIESTA INFORMAZIONI AL CURANTE/SCHEDA INFORMATIVA	ALL 8
		Rev 0 13.04.12


Lo schema che segue rappresenta un giudizio sintetico sulle condizioni dell’Ospite e sulle cause principali e concause secondarie delle eventuali riduzioni delle condizioni di autosufficienza.

(sbarrare : **P** se trattasi di causa primaria / **C** se trattasi di concausa)

AUTOSUFFICIENTI

NON AUTOSUFFICIENTI

I principali problemi medici dell’Ospite sono attualmente dovuti a			Le condizioni di ridotta o non autosufficienza sono imputabili a		
01 – deficit mnemonico	P	C	01 – deficit neurologico (esiti ictus, parkinsonismo, etc..)	P	C
02 – disturbi neurologici (TIA, etc....)	P	C	02 – deficit neuropsichici (disorientamento, demenza senile)	P	C
03 – problemi psicologici	P	C	03 – problemi psichiatrici (depressione, spunti fobici, paranoici etc..)	P	C
PROBLEMI SENSORIALI			PROBLEMI SENSORIALI		
04 – udito	P	C	04 – udito	P	C
05 – vista	P	C	05 – vista	P	C
06 – problemi cardiologici	P	C	06 – problemi osteoarticolari (esiti fratture, gravi artrosi, osteoporosi etc.)	P	C
07 – problemi circolatori periferici	P	C	07 – problemi cardiocircolatori (scompenso,grave aritmia etc.)	P	C
08 – problemi bronco- polmonari	P	C	08 – problemi bronco respiratori (bronchite recidivante, asma e insufficienza respiratoria etc.)	P	C
09 – problemi urologici	P	C	09 – problemi urologici	P	C
10 – problemi nefrologici	P	C	10 – insufficienza renale	P	C
11 – apparato osteoarticolare	P	C	11 – insufficienza epatica (cirrosi evolutiva etc..)	P	C
12 – apparato gastroenterico	P	C	12 – problemi gastroenterici (ano preternaturale etc..)	P	C
13 – funzionalità epatica	P	C	13 – amputazione arti inferiori	P	C
14 – patologia neoplastica	P	C	14 – amputazione arti superiori	P	C
15 – altro	P	C	15 – patologia neoplastica	P	C
			16 – altre cause (specificarle)		
				
				

	Allegato PRS18_08	PRS 18
	RICHIESTA INFORMAZIONI AL CURANTE/SCHEDA INFORMATIVA	ALL 8
		Rev 0 13.04.12

VALUTAZIONE RISCHIO CADUTA – SCALA DI CONLEY

Le domande devono essere rivolte all’Ospite e/o possono essere rivolte ad un familiare solo se l’Ospite stesso ha gravi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere. Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita. Sommare i valori positivi. La risposta “non so” è da considerarsi risposta negativa)


Precedenti cadute	SI	NO
C1 – E’ caduto nel corso degli ultimi tre mesi?	2	0
C2 – Ha mai avuto vertigini o capogiri? (negli ultimi 3 mesi)	1	0
C3- Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (negli ultimi 3 mesi)	1	0
C4 – Problemi di vista (cataratta, maculopatia)	3	0

TOTALE PARZIALE

Scala di Conley = strumento per la predizione del rischio di caduta dell’Ospite anziano
Punteggi: l’Ospite è considerato a rischio se totalizza un punteggio uguale o superiore a 2

..... li.....

Timbro e firma del medico curante

	Allegato PRS16_03	PRS 16
	DOCUMENTAZIONE ED EFFETTI PERSONALI	ALL 03
		Rev 3 10.07.2023

Gentile famiglia, Vi sottoponiamo un elenco di documenti da presentare ed il corredo personale di base. Vi invitiamo inoltre a segnalare tempestivamente qualsiasi anomalia nella documentazione o le eventuali difficoltà nel reperimento.

DOCUMENTI

- ✓ Carta d'identità
- ✓ Tesserino sanitario magnetico
- ✓ Attestati esenzione
- ✓ Copia Verbale d'invalidità o domanda d'invalidità
- ✓ Copia Valutazione U.V.G.
- ✓ Pratica Pannoloni: consegna copia richiesta attivazione o FORNITURA PANNOLONI SE NON FORNITI DALL'ASL
- ✓ Pratica concessioni presidi (carrozzina-girello-ecc)
- ✓ Documentazione sanitaria con compilazione dei seguenti moduli:
 1. Scheda informativa al curante
 2. Scheda terapia in atto
 3. Dimissioni ospedaliere
- ✓ Scheda farmaci in uso sottoscritta dal MMG + farmaci in uso
- ✓ Certificazione vaccinazione anti COVID con date vaccinazioni
- ✓ Certificato di residenza e stato di famiglia

EFFETTI PERSONALI:

- ✓ 5 cambi biancheria personale - NON INDUMENTI DI LANA E/O DELICATI SARA' ATTRIBUITO NUMERO INTERNO E TUTTI I CAPI DOVRANNO ESSERE CONTRASSEGNA TI PRIMA DELL'INGRESSO
- ✓ NO biancheria piana, tovaglioli, asciugamani
- ✓ 1 paio di pantofole chiuse
- ✓ Dentifricio
- ✓ Spazzolino
- ✓ Scatola porta protesi
- ✓ Pastiglie pulizia protesi
- ✓ Pasta adesiva per protesi
- ✓ Pettine
- ✓ Rasoio