

Terapia in atto:

CONDIZIONI ATTUALI

DEFICIT SENSORIALI:

- grave deficit visivo (anche con correzione)
- grave deficit uditivo (anche con correzione)

Nota

DEAMBULAZIONE:

- normale
- cammina con aiuto o assistenza
- presenta rischio di caduta
- costretto a letto, poltrona o carrozzella

Nota

INCONTINENZA sì no

Urinaria saltuaria permanente

Fecale saltuaria permanente

Catetere vescicale

Nota

ALIMENTAZIONE

autonoma

deve essere imboccato

presenta disfagia

Presenza di magrezza patologica sì no

Presenza di obesità patologica sì no

Nota

DISTURBI MOTORI

Paralisi / paresi di

Instabilità motoria sì no

Deficit equilibrio sì no

Tendenza alle cadute sì no

Nota

VALUTAZIONE PSICO-RELAZIONALE

- | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| Disturbi importanti della memoria | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Orientamento temporo/spaziale | <input type="checkbox"/> normale | <input type="checkbox"/> patologico |
| <i>se patologico</i> | | |
| Episodi di disorientamento t/s | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Disorientamento costante | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Disturbi della parola | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Disturbi della comunicazione | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |

Note

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Aggressività verbale | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Pone domande ripetitivamente | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Si sente ansioso, agitato, preoccupato, costantemente inquieto | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Allucinazioni/deliri | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Attività motoria afinalistica (wandering, fughe) | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Aggressività fisica | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Comportamento socialmente inadeguato/disinibizione | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Alterazione severa del ritmo sonno veglia/insonnia grave | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Rifiuto dell'assistenza | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Comportamento alimentare gravemente alterato | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |

Note

Utilizzo di psicofarmaci (specificare)

TRATTAMENTI SPECIALISTICI

Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
SNG/PEG	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Respiratorie/Ventilazione Assistita	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Dialisi	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Ulcere da decubito	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione stomia (colon o altre)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Trattamenti ulcere cutanee (non da pressione)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione C.V.C.	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione terapia con microinfusori /elastomeri	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione cateterismo peridurale	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Drenaggi	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Trattamento riabilitativo post acuto	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Altro (specificare):

OSSERVAZIONI

Data di compilazione

___/___/___

Timbro e firma leggibile

MMG/Medico Curante
