



Fondazione  
Immacolata di  
Lourdes  
ONLUS

## SCHEDA PERSONALE E SANITARIA

Rev. 00  
Data 01/09/2014

P

### SCHEDA PERSONALE E SANITARIA

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO/A IL \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

MEDICO CURANTE \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

TESSERA SANITARIA \_\_\_\_\_

INVALIDITA' \_\_\_\_\_

### ANAMNESI

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. ha allergie a farmaci o ad altre sostanze riconosciute?<br>se si, quali?      | SI | NO |
| 2. ha mai avuto malattie dell'apparato respiratorio?<br>se si, quali?            | SI | NO |
| 3. ha mai avuto malattie dell'apparato cardio-circolatorio?<br>se si, quali?     | SI | NO |
| 4. è portatore di pace-maker?  | SI | NO |
| 5. ha mai avuto malattie al fegato o al pancreas o metaboliche?<br>se si, quali? | SI | NO |
| 6. ha mai avuto malattie ai reni/apparato urinario?<br>se si, quali?             | SI | NO |
| 7. ha mai avuto disturbi di tipo neurologico?<br>se si, quali?                   | SI | NO |
| 8. attualmente è esente da malattie infettive trasmissibili?<br>se si, quali?    | SI | NO |
| 9. ha mai avuto malattie reumatiche o artrosiche?<br>se si, quali?               | SI | NO |



Fondazione  
Immacolata di  
Lourdes  
ONLUS

## SCHEDA PERSONALE E SANITARIA

Rev. 00  
Data 01/09/2014

10. ha mai avuto altre malattie non segnalate sopra? SI NO  
se sì, quali?

11. è stato ricoverato in ospedale negli ultimi due anni? SI NO

12. attualmente assume farmaci? SI NO

- peso kg. \_\_\_\_\_
- appetito scarso normale abbondante
- beve vino sì no
- fuma sì no ex fumatore
- alvo continente incontinente  
stitico normale
- porta pannolone sì no giorno notte
- porta catetere sì no  
data ultimo cambio catetere \_\_\_\_\_
- piaghe da decubito sì no sede \_\_\_\_\_
- gravidanze sì n° \_\_\_\_\_ no
- vede sì no poco
- sente sì no poco
- parla sì no poco
- mobilità:
  - cammina sì no
  - aiutato sì no
  - con ausili sì no
  - usa carrozzina sì no
  - quanto tempo può rimanere alzato \_\_\_\_\_
  - allettato sì no
- ausili
  - carrozzina sì no
  - materasso/motore sì no
  - cuscino sì no
  - bastone sì no
  - bastone canadese sì no
  - tripode sì no
  - deambulatore sì no
  - altro \_\_\_\_\_



Fondazione  
Immacolata di  
Lourdes  
ONLUS

## SCHEDA PERSONALE E SANITARIA

Rev. 00  
Data 01/09/2014

- protesi
  - dentale completa      si      no
  - parziale      inferiore      superiore
  - auricolare      si      no
  - occhiali      si      no
  - altro \_\_\_\_\_
  
- orientamento
  - è completamente disorientato      si      no
  - è abbastanza orientato all'interno della casa si      no
  - è orientato      si      no
  
- memoria
  - ha problemi a lungo e breve termine      si      no
  - ha occasionali dimenticanze      si      no
  - ha una buona memoria      si      no
  
- comunicazione
  - è in grado di stabilire contatti      si      no
  - è in grado di esprimere bisogni      si      no
  - non è in grado di comunicare      si      no

QUAL E' IL MOTIVO PER IL QUALE VIENE RICHiesto L'ACCOGLIMENTO NEL CENTRO SERVIZI?

---

E' COSCIENTE DI ENTRARE IN UN CENTRO SERVIZI?      SI      NO



Fondazione  
Immacolata di  
Lourdes  
ONLUS

## SCHEDA PERSONALE E SANITARIA

Rev. 00  
Data 01/09/2014

<b>COGNOME</b>
<b>NOME</b>
<b>NATO A</b>
<b>IL</b>

<b>PATOLOGIE:</b>
<b>ALLERGIE:</b>

TERAPIA ORALE	DAL	AL	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24

TERAPIA INTRAMUSCOLARE	DAL	AL	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24

TERAPIA AL BISOGNO	DAL	AL	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24

TERAPIA ENDOVENOSA	DAL	AL	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24

Timbro e firma del Medico curante

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_