



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?
se si, quali? | SI | NO |
| 2. ha mai avuto malattie dell'apparato respiratorio?
se si, quali? | SI | NO |
| 3. ha mai avuto malattie dell'apparato cardio-circolatorio?
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?
se si, quali? | SI | NO |
| 6. ha mai avuto malattie ai reni/apparato urinario?
se si, quali? | SI | NO |
| 7. ha mai avuto disturbi di tipo neurologico?
se si, quali? | SI | NO |
| 8. attualmente è esente da malattie infettive trasmissibili?
se si, quali? | SI | NO |
| 9. ha mai avuto malattie reumatiche o artrosiche?
se si, quali? | SI | NO |



10. ha mai avuto altre malattie non segnalate sopra? SI NO
se si, 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 si no
- fuma si no ex fumatore
- alvo continente incontinente
stitico normale
- porta pannolone si no giorno notte
- porta catetere si no
data ultimo cambio catetere _____
- piaghe da decubito si no sede _____
- gravidanze si n° _____ no
- vede si no poco
- sente si no poco
- parla si no poco
- mobilità:
 - cammina si no
 - aiutato si no
 - con ausili si no
 - usa carrozzina si no
 - quanto tempo può rimanere alzato _____
 - allettato si no
- ausili
 - carrozzina si no
 - materasso/motore si no
 - cuscino si no
 - bastone si no
 - bastone canadese si no
 - tripode si no
 - deambulatore si no
 - altro _____



Fondazione
Immacolata di
Lourdes
ONLUS

SCHEMA 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

COGNOME
NOME
NATO A
IL

PATOLOGIE:
ALLERGIE:

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 _____
