

SCHEDA SANITARIA PER INGRESSO (compilazione a cura del Medico Curante)

Il/la sottoscritto/a Dottor/Dottoressa _____

Dichiara quanto segue

Il/La paziente: _____

Data di nascita: _____

Sintesi clinico anamnestica con particolare riferimento alle patologie invalidanti:

TERAPIA IN ATTO

FARMACO	MG	8	10	12	14	16	18	20	22

TERAPIA CONDIZIONATA

FARMACO	MG	8	10	12	14	16	18	20	22

Proges - Società Cooperativa Sociale

Sede Legale e Amministrativa: Via Colorno 63 - 43122 Parma (PR)
Tel: 0521 600611 - Fax: 0521 606260
Mail: proges@proges.it - PEC: pro.ges@legalmail.it - Web: www.proges.it
Iscritta all'Albo delle Società Cooperative sez. mut. prev. n. A115066
P. Iva, C.F. e Reg. Imprese di Parma n. 01534890346 - REA Parma n. 160824



Family
Audit®

APPARATO CARDIOVASCOLARE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ipertensione | <input type="checkbox"/> Insufficienza cardiaca |
| <input type="checkbox"/> Sincopi | <input type="checkbox"/> Pace-maker |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatia Ischemica | <input type="checkbox"/> Arteriopatia obliterante arti inferiori |

Altro _____

APPARATO BRONCOPOLMONARE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bpco/Asma | <input type="checkbox"/> O2 domiciliare |
| <input type="checkbox"/> Polmoniti pregresse | <input type="checkbox"/> Necessità di bronco aspirazione |
| <input type="checkbox"/> Embolie polmonari pregresse | <input type="checkbox"/> Ventilazione meccanica non invasiva |

Altro _____

APPARATO GASTROINTESTINALE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ernia iatale/reflusso gastroesofageo | <input type="checkbox"/> Ano preternaturale |
| <input type="checkbox"/> Malattia peptica/ ulcera gastrica – duodenale | <input type="checkbox"/> Diverticolosi |
| <input type="checkbox"/> Nutrizione enterale | <input type="checkbox"/> Peg |
| | <input type="checkbox"/> Sondino NG |
| <input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale | <input type="checkbox"/> Accesso periferico |
| | <input type="checkbox"/> Centrale |
| | <input type="checkbox"/> Epatopatia cronica/cirrosi |
| | <input type="checkbox"/> Litiasi biliare |
| | <input type="checkbox"/> Pancreatite cronica |
| | <input type="checkbox"/> Incontinenza fecale |

Altro _____

APPARATO GENITO-URINARIO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Insufficienza renale cronica | <input type="checkbox"/> Litiasi renale |
| <input type="checkbox"/> Iperplasia prostatica benigna | <input type="checkbox"/> Incontinenza urinaria |
| <input type="checkbox"/> Neoplasia prostatica | <input type="checkbox"/> Portatore di catetere |

Altro _____

MALATTIE METABOLICHE

- Diabete mellito
 Insulina dipendente
 Non insulina dipendente

- Ipertiroidismo
 Ipotiroidismo

Altro _____

APPARATO OSTEO ARTICOLARE

- Artrosi invalidante
 Osteoporosi

- Fratture pregresse
 Protesi

Altro _____

APPARATO NEUROLOGICO

- Tia
 Ictus
 Emiparesi destra Emiparesi sinistra
 Afasia
 Malattia Parkinson / Parkinsonismo

- Deficit cognitivi
 Demenza
 Depressione/distimia
 Ansia
 Psicosi

Altro _____

PATOLOGIA NEOPLASTICA

Tipo _____

Metastasi _____

Terapia del dolore _____

Altro _____

DEFICIT SENSORIALI

grave deficit visivo (anche con correzione)

grave deficit uditivo (anche con correzione)

Altro _____

DISTURBI MOTORI - DEAMBULAZIONE

paralisi paresi di _____

deambulazione autonoma

instabilità motoria

deficit di equilibrio

rischio di caduta

cammina con aiuto o assistenza

costretto a letto, poltrona o carrozzella

Altro _____

ALIMENTAZIONE

autonoma

deve essere imboccato

magrezza patologica

obesità patologica

Altro _____

TONO DELL'UMORE

normale

depresso

euforico

ha assunto terapie antidepressive nell'ultimo anno

attualmente assume terapie antidepressive

Altro _____

VALUTAZIONE PSICO – RELAZIONALE

- disturbi importanti della memoria
- orientamento temporo/spaziale patologico
- episodi di disorientamento temporo/spaziale
- disorientamento costante
- disturbi della parola
- disturbi della comunicazione

Altro _____

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

- aggressività verbale
- pone domande ripetitivamente
- si sente ansioso, agitato, preoccupato, costantemente inquieto
- allucinazioni/deliri
- attività motoria finalistica (wandering, fughe)
- aggressività fisica
- comportamento socialmente inadeguato/disinibizione
- alterazione severa del ritmo sonno/veglia – insonnia grave
- rifiuto dell'assistenza
- comportamento alimentare gravemente alterato
- utilizzo di psicofarmaci specificare _____

Altro _____

ALLERGIE

TRATTAMENTI SPECIALISTICI

- alimentazione parenterale
- SNG/PEG

Proges - Società Cooperativa Sociale

Sede Legale e Amministrativa: Via Colorno 63 – 43122 Parma (PR)

Tel: 0521 600611 – Fax: 0521 606260

Mail: proges@proges.it - PEC: pro.ges@legalmail.it - Web: www.proges.it

Iscritta all'Albo delle Società Cooperative sez. mut. prev. n. A115066

P. Iva, C.F. e Reg. Imprese di Parma n. 01534890346 - REA Parma n. 160824



Family
Audit®

- tracheostomia
- ventilazione assistita/respiratore
- ossigenoterapia
- dialisi
- ulcere da decubito
- gestione stomia (colon o altre)
- trattamenti ulcere cutanee (non da pressione)
- gestione C.V.C.
- gestione terapia con microinfusori/elastomeri
- gestione cateterismo peridurale
- drenaggi
- trattamento riabilitativo post acuto

Altro _____

VACCINAZIONE COVID

SI specificare n° dosi _____

NO

Il/La sottoscritto/a Dottor/Dott.ssa _____ in qualità di medico del
Sig./della Sig.ra _____

certifica

che il/la Paziente non è affetto/a da malattie infettive e contagiose in atto e non presenta turbe psicofisiche che non consentono la vita in comunità.

**Timbro e firma leggibile
Mmg/Medico curante**

Data di compilazione ____/____/____