

Allegato B

**SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA**

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>
<b>Luogo</b>	<b>Data di nascita</b>
<p><b>Sintesi clinico-anamnestica con particolare riferimento alle patologie invalidanti:</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p><b>Terapia in atto:</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

**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**

si     no

- Urinaria     saltuaria     permanente
- Fecale       saltuaria     permanente
- Catetere vescicale     colostomia

Nota \_\_\_\_\_

**ALIMENTAZIONE**

- autonoma
- deve essere imboccato
- presenta disfagia
- presenza di PEG

Presenza di magrezza patologica     si     no

Nota \_\_\_\_\_

**DISTURBI MOTORI**

Paralisi / paresi di \_\_\_\_\_

- Instabilità motoria             si     no
- Deficit equilibrio               si     no
- Tendenza alle cadute         si     no

Nota \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE PSICO-RELAZIONALE**

- Disturbi importanti della memoria  si  no
- Orientamento tempo/spaziale  normale  patologico
- Episodi di disorientamento t/s  si  no
- Disorientamento costante  si  no
- Disturbi della parola  si  no
- Disturbi della comunicazione  si  no

Nota \_\_\_\_\_

**DISTURBI DEL COMPORTAMENTO**

- Agitazione psico-motoria  costante  saltuaria
- Aggressività  verbale  fisica
- Deambulazione afinalistica  fughe  wandering
- Insomnia
- Inversione del ritmo sonno/veglia

Utilizzo di psicofarmaci (specificare) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**TONO DELL'UMORE**

- normale
- depresso
- euforico

Pratica / ha praticato terapie antidepressive  si  no

Nota \_\_\_\_\_

**PRESENZA DI LESIONI CUTANEE**

- si
- no

Sedi e attuali medicazioni \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ALLERGIE**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**OSSERVAZIONI**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Data di compilazione**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Timbro e firma leggibile  
 MMG/Medico Curante**

\_\_\_\_\_