

ALLEGATO A

Il Sottoscritto Dr _____

M.M.G. Medico Ospedaliero Medico di Struttura

del Sig./ra _____ nato/a a _____ il _____

Portatore della/e seguente patologia/e: _____

Problemi clinici attivi: _____

Terapia farmacologia in atto (denominazione farmaco con posologia): _____

Assume farmaci autonomamente: SI NO

Allergie a farmaci _____

DICHIARA sotto la propria responsabilità che trattasi di paziente CRONICO/STABILIZZATO :

- AUTOSUFFICIENTE con necessità di minimo supporto assistenziale
- NON AUTOSUFFICIENTE con necessità di supporto infermieristico /assistenziale

JESI..... Timbro e Firma del Medico

ALLEGATO B

Scheda di rilevazione delle condizioni psico-fisiche

NOME	COGNOME

CONDIZIONI GENERALI

E' in grado di collaborare	SI	NO
Necessità di assistenza generica	SI	NO
Necessità di assistenza infermieristica	SI	NO

STATO PSICHICO

Psiche integra	SI	NO
Fasi di confusione	SI	NO
Fasi di disorientamento	SI	NO
Agitazione psicomotoria	SI	NO
Forme di aggressività	SI	NO
Wandering <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave	SI	NO

RESPIRAZIONE

Autonoma	SI	NO
Ossigenoterapia	SI	NO
Tracheostomia	SI	NO

CUTE

Integra	SI	NO
Presenza di lesioni	SI	NO

MOBILITA'

Sale e scende le scale	SI	NO
Cammina da solo	SI	NO
Cammina con aiuto	SI	NO
Cammina con ausili	SI	NO
Si sposta in carrozzina	SI	NO
Allettato	SI	NO

GRADO DI AUTONOMIA

Si veste da solo	SI	NO
Igiene personale	SI	NO
Utilizza servizi igienici autonomamente	SI	NO

ALIMENTAZIONE

Autonoma	SI	NO
Enterale (SNG-PEG)	SI	NO
Parenterale (CVC-PIC)	SI	NO
Intolleranza alimentari	SI	NO
Diete Speciali	SI	NO
Diabete	SI	NO

ELIMINAZIONE

Incontinenza urinaria	SI	NO
Incontinenza fecale	SI	NO
Catetere Vescicale	SI	NO

FUNZIONI SENSORIALI

Cecità	SI	NO
Sordità	SI	NO
Capacità di comunicare	SI	NO