

SCHEMA PER IL RICOVERO DI ANZIANI IN ISTITUTO SOCIO-ASSISTENZIALE

La sottoindicata scheda deve essere compilata a cura del medico di medicina generale che ha in carico il soggetto e deve fornire dettagliate informazioni per ognuna delle voci sotto riportate.

SIG./SIG.RA _____ NATO/A A _____

IL _____ RESIDENTE IN _____

COERENZA (Comportamento adeguato alle circostanze)

sempre a volte mai

ORIENTAMENTO (Nel tempo, nello spazio, riconoscere le persone)

sempre a volte mai

INSERIMENTO SOCIALE (Ha rapporti sociali armoniosi)

sempre a volte mai

VISTA (Anche con lenti)

buona parziale non vedente

UDITO (Anche con protesi)

buono parziale sordo

PAROLA

parla normalmente difficoltà all'espressione gravi turbe dell'espressione verbale

IGIENE SUPERIORE (Viso, braccia, mani)

autosufficiente parzialmente autosufficiente non autosufficiente

IGIENE INFERIORE (Bidet, bagno)

autosufficiente parzialmente autosufficiente non autosufficiente

ABBIGLIAMENTO SUPERIORE (Camicia, maglia, etc)

autosufficiente parzialmente autosufficiente non autosufficiente

ABBIGLIAMENTO INFERIORE (Pantaloni, calze, etc)

autosufficiente parzialmente autosufficiente non autosufficiente

TIPO ALIMENTAZIONE

normale semiliquida liquida

AIUTO ALL'ALIMENTAZIONE

nessuno aiuto per tagliare i cibi va imboccato e sorvegliato



CONTINENZA URINARIA

- continente saltuaria incontinenza incontinente

CONTINENZA ANALE

- continente saltuaria incontinenza incontinente

MOBILIZZAZIONE A LETTO

- allettato (non si alza mai) si alza da solo deve essere aiutato
 deve essere alzato passivamente

MOBILITA' ALL'INTERNO DELLA RESIDENZA

- senza limiti solo in camera non si muove da letto

AIUTO ALLA MOBILITA'

- nessun aiuto aiuto meccanico aiuto umano

MOBILITA' ALL'ESTERNO

- esce da solo deve essere accompagnato non esce mai

IGIENE POSTO LETTO E STANZA

- riordina il letto e la stanza necessita di aiuto nessuna attività

DIAGNOSI

TERAPIA

DATA _____ TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO _____