

## SCHEMA CLINICA INFORMATIVA

<b>Cognome e Nome OSPITE</b>	.....
nato/a .....	il .....
Comune di residenza .....	via ..... n° ....
PROVENIENTE DA casa <input type="checkbox"/> medico referente .....	
da altra struttura: .....	via ..... n° ...
referente presso la struttura .....	tel .....

<b>Sintesi diagnostica</b>	→	..... ..... ..... .....
<b>Evento indice e data insorgenza</b>	→	..... ..... .....
<b>Altre Patologie in atto ed eventuali allergie</b>	→	..... ..... .....
<b>Terapia in atto</b>	→	..... ..... ..... .....

**Disfagia**  Si  No

**Afasia/disartria**  Si  No

**Nutrizione**  per os  Sondino n-g  PEG  Parenterale

**Respirazione**  normale  Ossigeno  Ventilazione meccanica  con tracheostomia

**Aspirazione secrezioni bronchiali**  Si  No

**Presenza deficit sensoriali**  Visivi  Uditivi

**Portatore di:**

Pace Maker  Catetere perdurale  Catetere venoso centrale  Pompa elastomerica  
 Tracheostomia  Urostomia  Colostomia  Catetere vescicale

Protesi  Ortesi Quali:.....

**Presenza Lesioni da decubito**  Si  No  
 Se si indicare: grado ..... sedi .....

**Altre lesioni:**  Si  No  
 Se si specificare: .....

SEGUE >>

<b>STATO DI COSCIENZA</b>	<input type="checkbox"/> Vigile	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo verbale	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo doloroso	<input type="checkbox"/> Non risponde	
<b>Eventuale punteggio Glasgow Coma Scale</b>	.....				
<b>Deterioramento cognitivo</b>	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> lieve	<input type="checkbox"/> moderato	<input type="checkbox"/> grave	<input type="checkbox"/> molto grave
<b>Comprensione ordini semplici</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
<b>Disturbi del comportamento</b>	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> lievi	<input type="checkbox"/> moderati	<input type="checkbox"/> gravi	<input type="checkbox"/> molto gravi
↪ Specificare ..... ..... .....					

<b>ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA</b>	<b>Indipendente</b>	<b>Parzialmente Dipendente</b>	<b>Totalmente Dipendente</b>	
Capacita' di fare il bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso dei servizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Continenza Sfinterica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di alimentarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Cammina</b>	<input type="checkbox"/> da solo	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> protesi- ausili	<input type="checkbox"/> usa carrozzella
<b>Allettato</b>	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Se si, specificare da quanto tempo	anni.....	mesi.....

<b>Abitazione</b>	<input type="checkbox"/> Idonea	<input type="checkbox"/> Presenza barriere architett. / non idonea	
<b>Vive solo</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
<b>Supporto familiare /caregiver</b>	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

<b>E' già stato sottoposto a terapia riabilitativa?</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
↪ <b>Con quali risultati?</b>	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Nullo

<b>Attuale capacita' di collaborazione ad interventi riabilitativi:</b>	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente
<b>Orientamento sulle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni:</b>	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

luogo .....

data .....

.....

(timbro e firma del Medico)