



DOCUMENTAZIONE SANITARIA SCHEDA DI INSERIMENTO

CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE

Parte per il Medico curante

Informazioni anagrafiche	
Nome _____ Cognome _____ C.F. _____	
Nato a _____ il ____/____/____ Residente a _____ via/piazza _____ n° _____	
Anamnesi patologica remota oltre alle comuni informazioni relative a patologie pregresse, specificare eventuali aspetti psicologici e/o comportamentali noti che hanno richiesto terapie specifiche (es. sindromi depressive, stati maniacali, alterazioni della personalità, abuso alcolico, tabagismo)	
Malattie infettive note epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse	
Situazione clinica attuale patologie in atto condizioni invalidanti	
Dispositivi in uso	Catetere vescicale Sondino nasogastrico PEG Catetere venoso centrale Pacemaker ICD (defibrillatore) Tracheostomia Stomie Broncoaspirazione Porth-a-cath Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro) Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno Ventilatore per insuff. respiratorie gravi
Ausili/presidi in uso Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori	
• Lesioni da decubito • Ferite chirurgiche in trattamento Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro)	
Terapia in atto Oltre ai farmaci tradizionali, specificare se il paziente ha in atto piani terapeutici attivi, terapia del dolore (specificare se oppiacei o farmaci con ricetta ministeriale), diete particolari (per insufficienza renale; celiachia; altro) ALLERGIE	
Cadute negli ultimi sei mesi	☐ Si ☐ No



DOCUMENTAZIONE SANITARIA SCHEDA DI INSERIMENTO

Interventi programmati necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni.	☐ No ☐ Si specificare	
Stato nutrizionale	☐ Nella norma ☐ Variazioni ponderali negli ultimi sei mesi Note	
Giudizio sulla stabilità clinica	☐ <i>Stabile</i>	nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a d intervalli > 60 gg.
	☐ <i>Moderatamente stabile</i>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni
	☐ <i>Moderatamente instabile</i>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana
	☐ <i>Instabile</i>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano
	☐ <i>Acuzie</i>	con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani

Compilare in caso di richiesta di accertamento degli stati di invalidità civile, condizioni visive e sordomutismo	<i>Il paziente è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita</i> ☐ Si ☐ No <i>Si richiede visita domiciliare</i> ☐ Si ☐ No	
--	---	--

data

firma

.....

.....



DOCUMENTAZIONE SANITARIA SCHEDA DI INSERIMENTO

CERTIFICAZIONE del RICHIEDENTE o del FAMIGLIARE

Parte per la famiglia / caregiver

Informazioni anagrafiche	Nome _____ Cognome _____ C.F. _____ Nato a _____ il ____/____/____ Residente a _____ via/piazza _____ n° _____
Professione, pensione, invalidità	Professione svolta in passato _____ Pensione SI NO Ente erogatore _____ Invalidità SI NO Codice Invalidità _____
Modalità di gestione del reddito	☐ Anziano stesso ☐ Familiare ☐ Amministratore ☐ Altro
Persona/familiare di riferimento Altri familiari (indicando sia familiari che possono o potrebbero dare sostegno) e riferimenti telefonici	
Medico di Medicina Generale	Dr./Dr.ssa _____ tel. _____
Servizi di supporto in atto assistente domestica, ADI, servizio pasti a domicilio, Centro diurno, ecc.	
Provenienza Domicilio; Ospedale; Istituto di Riabilitazione, RSA, altro	
Tipo di inserimento in RSA/CDI/Miniall.	☐ temporaneo ☐ definitivo ☐ altro
Aspettativa della famiglia e/o dell'ospite	
Rete familiare (Persone conviventi: coniuge, figli, altro) Eventuali lutti recenti (coniuge; altro)	
Diete particolari	☐ No ☐ Si - specificare _____
Comportamenti autolesivi	☐ No ☐ Si - specificare _____
Fumo	☐ No ☐ Si
Alcool	☐ No ☐ Si
Interessi attuali lettura, TV, contatti con amici/parenti, attitudini manuali	
• Capacità di nutrirsi:	☐ Autonomo ☐ Necessità di stimolo o sorveglianza ☐ Deve essere imboccato
• Masticazione:	☐ Normale ☐ Difficoltà per cibi duri ☐ Mangia solo cibi molli ☐ Non si alimenta per bocca
• Protesi dentaria:	☐ No ☐ Si e la usa ☐ Si ma non la usa



DOCUMENTAZIONE SANITARIA SCHEDA DI INSERIMENTO

Parte per la famiglia / caregiver

Nome _____	
Cognome _____	
Piccola igiene personale (lavarsi le mani, faccia, braccia, farsi la barba, tagliarsi le unghie)	☐ Autonomo ☐ Parzialmente autonomo ☐ Non autonomo
Bagno / doccia	☐ Autonomo ☐ Parzialmente autonomo ☐ Non autonomo
Continenza vescicale	☐ Continente ☐ Non continente ☐ Uso di pannoloni ☐ Catetere
Continenza intestinale	☐ Continente ☐ Non continente ☐ Uso di pannoloni ☐ Stomia
Uso dei servizi igienici	☐ Autonomo ☐ Parzialmente autonomo ☐ Non autonomo
Capacità di vestirsi	☐ Autonomo ☐ Parzialmente autonomo ☐ Non autonomo
Vista	☐ Normale ☐ Con lenti ☐ Cecità
Udito	☐ Integro ☐ Con ausilio ☐ Sordità
Capacità di leggere	☐ Sì ☐ No
Capacità di scrivere	☐ Sì ☐ No
Linguaggio	☐ Normale ☐ Alterato
Mobilità	☐ Normale ☐ Con ausilio ☐ Protesi ☐ Allettato
Capacità di salire le scale	☐ Normale ☐ Con ausilio ☐ Non in grado
Trasferimento letto / carrozzina / poltrona	☐ Autonomo ☐ Con aiuto ☐ Non in grado



Nome _____	
Cognome_____	
Uso della sedia a rotelle	☐ No ☐ Si autonomo nell'uso ☐ Si ☐ No
Ausili utilizzati	☐ Nessuno ☐ Si Specificare quali _____ _____ ☐ Di proprietà ☐ Fornito da _____ il ____/____/____
Accetta la terapia	☐ Si ☐ No
Assume la terapia autonomamente	☐ Si ☐ No
Sonno - riposo	☐ Normale ☐ Disturbato ☐ Insonnia
Aggressività	☐ Si ☐ No ☐ A volte
Tendenza alla fuga / perdersi	☐ Si ☐ No ☐ A volte
Cadute negli ultimi 6 mesi	☐ Si - n° _____ ☐ No
Utilizza una contenzione	☐ Si - specificare _____ _____ ☐ No
Previsione di contatti con il paziente (es, n° di visite alla settimana che i familiari ritengono di poter effettuare)	

.....

Cod. Fisc. 80001710120 P. Iva 03223290127 Tel. 0332747440 www.villaroveramolina.it