


SCHEDA CLINICA CONOSCITIVA
**DI PRE-ACCETTAZIONE
 (scheda conoscitiva)**

 M_IAMM_13_01
 Rev. 0 del 16.09.2008

Cognome	Nome	Età	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
---------	------	-----	----------------------------	----------------------------

Diagnosi dell'evento indice per il quale si chiede la presa in carico

.....

.....

Insorto il (quando è evidente l'evento indice)

Attualmente il paziente si trova:

<input type="checkbox"/> Al proprio domicilio	<input type="checkbox"/> In RSA	<input type="checkbox"/> In UO Ospedaliera – A.O.:
<input type="checkbox"/> Rep. Riabilitazione di Mantenimento	<input type="checkbox"/> Rep. Riabilitazione Specialistica	<input type="checkbox"/> Rep. Riabilitazione Generale e Geriatrica

CONDIZIONI GENERALI	<input type="checkbox"/> buone	<input type="checkbox"/> mediocri	<input type="checkbox"/> scadute
STATO NUTRIZIONALE	<input type="checkbox"/> adeguato	<input type="checkbox"/> obesità	<input type="checkbox"/> malnutrizione
LESIONI DA DECUBITO	sì <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/>

TERAPIA MEDICA IN ATTO.....

.....

TERAPIE PARTICOLARI

<input type="checkbox"/> Nessuna	<input type="checkbox"/> Nutrizione Parenterale	<input type="checkbox"/> Nutrizione Entrale
<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> Ventilazione Polmonare	<input type="checkbox"/> Emodialisi
<input type="checkbox"/> Dialisi Peritoneale	<input type="checkbox"/> Radioterapia	<input type="checkbox"/> Chemioterapia
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)		

Fisioterapia in corso sì no

(specificare il livello di recupero e se possibile allegare relazione fisiatrica)

.....

.....

.....

<p>Anamnesi Sociale</p> <p><input type="checkbox"/> vive solo/a</p> <p><input type="checkbox"/> con coniuge</p> <p><input type="checkbox"/> con figlio/a</p> <p><input type="checkbox"/> nipote</p> <p><input type="checkbox"/> altri</p> <p>N. Telefono</p> <p>.....</p> <p>N. Tel. persona di riferimento</p> <p>.....</p> <p>Al paziente veniva fornita assistenza prima del ricovero?</p> <p><input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> parente</p> <p><input type="checkbox"/> operatore</p> <p><input type="checkbox"/> ADI</p>	<p style="text-align: center;">Attuali capacità funzionali del paziente</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"><u>Alimentazione</u></td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><u>Igiene Personale</u></td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><u>Deambulazione</u></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> autonomo</td> <td><input type="checkbox"/> autonomo</td> <td><input type="checkbox"/> autonomo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> con aiuto</td> <td><input type="checkbox"/> con aiuto</td> <td><input type="checkbox"/> con aiuto</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> impossibile</td> <td><input type="checkbox"/> impossibile</td> <td><input type="checkbox"/> impossibile</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Continenza sfinterica</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><u>Urinaria</u></td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><u>Anale</u></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> totale</td> <td><input type="checkbox"/> totale</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> parziale</td> <td><input type="checkbox"/> parziale</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> catetere a permanenza</td> <td></td> </tr> </table>	<u>Alimentazione</u>	<u>Igiene Personale</u>	<u>Deambulazione</u>	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> impossibile	<input type="checkbox"/> impossibile	<input type="checkbox"/> impossibile	<u>Urinaria</u>	<u>Anale</u>	<input type="checkbox"/> totale	<input type="checkbox"/> totale	<input type="checkbox"/> parziale	<input type="checkbox"/> parziale	<input type="checkbox"/> catetere a permanenza	
<u>Alimentazione</u>	<u>Igiene Personale</u>	<u>Deambulazione</u>																			
<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> autonomo																			
<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> con aiuto																			
<input type="checkbox"/> impossibile	<input type="checkbox"/> impossibile	<input type="checkbox"/> impossibile																			
<u>Urinaria</u>	<u>Anale</u>																				
<input type="checkbox"/> totale	<input type="checkbox"/> totale																				
<input type="checkbox"/> parziale	<input type="checkbox"/> parziale																				
<input type="checkbox"/> catetere a permanenza																					

<p style="text-align: center;">Stato cognitivo</p> <p>orientamento, memoria: integri <input type="checkbox"/> episodicamente alterati <input type="checkbox"/> alterati <input type="checkbox"/></p>
<p style="text-align: center;">Stato psicoemotivo</p> <p>ansia <input type="checkbox"/> depressione <input type="checkbox"/> labilità emotiva <input type="checkbox"/> apatia <input type="checkbox"/> deliri <input type="checkbox"/> allucinazioni <input type="checkbox"/></p> <p>agitazione psicomotoria: no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> solo notturna <input type="checkbox"/></p>
<p>In caso di demenza è richiesto ricovero di sollievo (max 3 settimane)? Sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p>

<p>Patologie psichiatriche maggiori: no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> quali</p>
<p>Pregressi tentati suicidi: no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/></p>

<p>Il Medico compilatore (nome, cognome, telefono)</p>
<p>Data Firma</p>

<p><u>RISERVATO ALLA COMMISSIONE MEDICA DI VALUTAZIONE INTERNA</u></p>				
<p>Da quanto risulta dalla documentazione sanitaria fornita dall'ospedale o dal medico curante si ritiene il ricovero del paziente:</p>				
<p><input type="checkbox"/> Indicato</p> <p>Aree di intervento specialistica:</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Neuromotoria <input type="checkbox"/> Cardiologia <input type="checkbox"/> Pneumologica <input type="checkbox"/> Oncologica </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Neuromotoria <input type="checkbox"/> Cardiologia <input type="checkbox"/> Pneumologica <input type="checkbox"/> Oncologica	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;"> Area di intervento mantenimento <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>	Area di intervento mantenimento <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Neuromotoria <input type="checkbox"/> Cardiologia <input type="checkbox"/> Pneumologica <input type="checkbox"/> Oncologica				
Area di intervento mantenimento <input type="checkbox"/>				
<p>Aree di intervento gen-geriatrica:</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Neuromotoria <input type="checkbox"/> Cardiologia <input type="checkbox"/> Pneumologica <input type="checkbox"/> Oncologica <input type="checkbox"/> Alzheimer </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Neuromotoria <input type="checkbox"/> Cardiologia <input type="checkbox"/> Pneumologica <input type="checkbox"/> Oncologica <input type="checkbox"/> Alzheimer	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;"> Day Hospital Specialistico <input type="checkbox"/> Day Hospital Gen. Geriatrico <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>	Day Hospital Specialistico <input type="checkbox"/> Day Hospital Gen. Geriatrico <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Neuromotoria <input type="checkbox"/> Cardiologia <input type="checkbox"/> Pneumologica <input type="checkbox"/> Oncologica <input type="checkbox"/> Alzheimer				
Day Hospital Specialistico <input type="checkbox"/> Day Hospital Gen. Geriatrico <input type="checkbox"/>				
<p><input type="checkbox"/> Non indicato</p>	<p>Medico dell'Accettazione.....</p>			
<p>U.O. di destinazione</p>	<p>Direttore U. O.</p>			