



FONDAZIONE "CONTE C. BUSI" ONLUS CASALMAGGIORE

Via Formis,4 Cap.26041 Casalmaggiore (CR)

Tel. 0375 43644 -203207 Fax 0375 43562

e-mail: accettazione@geriatricobusi.it sito: www.geriatricobusi.it

Documentazione sanitaria a carico del MMG o dell'Ente proponente. Il suo obiettivo è di fornire un quadro sintetico ma esaustivo delle condizioni cliniche del candidato al fine di valutarne l'idoneità di inserimento nel contesto RSA.

SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PER:

RSA "BUSI",

CDI "FIORELLA"

MINI ALLOGGI PER ANZIANI,

CSS "I GIRA SOLI",

TIPOLOGIA DI RICOVERO Definitivo Temporaneo

CANDIDATO/A:

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____/____/____ luogo di nascita _____

Residente a _____

Caregiver/Familiare _____ Tel: _____

MEDICO PROPONENTE:

Cognome e Nome _____

Tel: _____ Fax _____ e-mail _____

Timbro e firma:

Data di Compilazione: ____/____/____

Quadro Clinico: Patologie principali

Indice di Comorbidità (CIRS)	DIAGNOSI	A	L	M	G	M.G.
Patologia cardiaca Portatore di PM Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
Ipertensione						
Apparato vascolare						
Apparato respiratorio						
Occhi/O.R.L						
Apparato Digerente Tratto Superiore						
Apparato Digerente Tratto inferiore						
Fegato						
Rene						
Apparato riproduttivo e patologie Genito-Urinarie						
Apparato Muscoloscheletrico e cute						
Patologie sistema nervoso (Centrale e periferico, non include la demenza)						
Patologie del sistema endocrino-Metabolico						
Stato mentale e comportamentale (Include la demenza e patologia Psichiatrica)						

Leggenda: A: Assente L: Lieve M: Moderata G: Grave M.G.: Molto Grave

Aspetti Clinici e Funzionali

Autonomia nel movimento (è possibile barrare più caselle)	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> Supervisione passiva <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto costante per la deambulazione <input type="checkbox"/> Mobilizzazione solo in poltrona e/o cambi posturali a letto <input type="checkbox"/> Necessità di usare il sollevatore meccanico <input type="checkbox"/> Immobilità a letto
Ausili per la deambulazione (è possibile barrare più caselle)	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Bastone <input type="checkbox"/> Carrozzina <input type="checkbox"/> Deambulatore <input type="checkbox"/> Altro _____
Presenza di protesi ortopediche e/o ortesi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, quali _____
Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, data ultimo posizionamento ____/____/____
Cannula endotracheale	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, data ultimo sostituzione ____/____/____
Ossigeno terapia	<input type="checkbox"/> Continua <input type="checkbox"/> Discontinua
Ventilazione assistita	<input type="checkbox"/> Invasiva <input type="checkbox"/> Non invasiva
Catetere Venoso Centrale	<input type="checkbox"/> CVC sede _____ <input type="checkbox"/> Mid-Line sede _____ <input type="checkbox"/> PiCC sede _____
Presenza di Stomie (Non associate alla nutrizione)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì sede _____
Lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> Sì sede _____
Altre lesioni cutanee	<input type="checkbox"/> Sì sede _____
Cadute ricorrenti	<input type="checkbox"/> Sì n° di cadute negli ultimi 12 mesi _____
Deficit visivi	<input type="checkbox"/> Sì specificare _____
Deficit auditivi	<input type="checkbox"/> Sì specificare _____

Deficit Cognitivi, disturbi comportamentali e problemi psichiatrici

Stato di coscienza alterato <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Vigile <input type="checkbox"/> Soporoso <input type="checkbox"/> Coma/ Vegetativo (GCS: /15)
Deficit di memoria <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Disorientamento <input type="checkbox"/> Spaziale <input type="checkbox"/> Temporale
Disturbo del linguaggio e della comunicazione <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Afasia <input type="checkbox"/> Disartria <input type="checkbox"/> Deficit di comprensione	
Crisi d'ansia/attacchi di panico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Deflessione del tono dell'umore <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Deliri <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Allucinazioni <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Aggressività <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> verbale <input type="checkbox"/> Fisica <input type="checkbox"/> No	Disturbi del sonno <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Wandering / affaccendamento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tentativi di fuga <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Utilizzo di mezzi di contenzione <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, di che tipo _____	
Abuso/dipendenza <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, quale _____	
Tentativi di suicidio <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, in data ____/____/____	
Diagnosi di Demenza <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, diagnosticata presso _____	
Diagnosi Psichiatrica <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, in carico presso _____	
Eventuali note e osservazioni _____ _____ _____	

Situazione Ambientale e sociale

Abitazione	<input type="checkbox"/> Idonea	<input type="checkbox"/> Presenza di barriere architettoniche
Vive solo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Supporto Caregiver	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Assente

Altri trattamenti terapeutici

Emotrasfusioni	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si, indicare la data dell'ultima eseguita ____/____/____
Dialisi	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Emodialisi <input type="checkbox"/> Peritoneale
Altro (Chemioterapia, radioterapia, etc)- _____ _____		

Interventi chirurgici e ricoveri ospedalieri o riabilitativi (negli ultimi 12 mesi)

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

Malattie infettive contagiose

Copertura vaccinale COVID 19

non eseguita, indicare n°dose effettuata: _____,

Eventuali notizie che si ritenesse opportuno fornire:

Ulteriori notizie utili:
