NOME E COGNOME DEL PAZIENTE:	

DATI DEL MEDICO CURANTE:	
Nome e Cognome:	
Indirizzo studio medico:	
Recapito telefonico:	
Mail:	

L'INTERESSATO ATTUALMENTE E' PRESSO:							
□ abitazione	□ casa di riposo	□ residenza protetta	□ RSA	□ lungodegenza	□ struttura riabilitativa	□ ospedale	□ altra struttura

DIAGNOSI GENERALE

AUTOSUFFICIENZA FISICA				
Collaborazione	□ presente	□ assente	□ a tratti	
Uscire di casa	□ autonomo	□ non	□ parzialmente	
Spostarsi per le stanze	□ autonomo	□ non	□ parzialmente	
Fare le scale	□ autonomo	□ non	□ parzialmente	
Vestirsi e spogliarsi	□ autonomo	□ non	□ parzialmente	
Alzarsi ed andare a letto	□ autonomo	□ non	□ parzialmente	
Igiene personale	□ autonomo	□ non	□ parzialmente	
Uso servizi igienici	□ autonomo	□ non	□ parzialmente	
Vista	□ normale	□ uso di lenti	□ cecità:	□ occhio sx □ occhio dx
Udito	□ normale	□ sordità	□ uso di protesi:	□ orecchio sx □ orecchio dx
Linguaggio	□ normale	□ disartria	□ afasia	
Disfasia	□ si	□ no		
Deambulazione	□ assente	□ autonoma	□ a rischio caduta	
	□ con carrozzina	□ con deambulatore	□ da stimolare con l'aiuto di un deambulatore e di un operatore	
	□ con bastone			

STATO PSICHICO-MENTALE					
Lucidità	□ presente	□ assente		□ a tratti	
Stato di coscienza	□ vigile	□ assopito	□ soporoso	□ orientato	
Confusione e disorientamento	□ presente	□ assente		□ a tratti	
Orientamento nello spazio e nel tempo	□ presente	□ assente		□ a tratti	
Sintomi di demenza	□ presente	□ assente		□ a tratti	
Alzheimer:	□ si	□ no			
	Se *SI* specificare:	□ 1°stadio	□ 2°stadio	□ 3°stadio	
Disturbi neurologici diversi dalla demenza	□ presente	□ assente		□ a tratti	
	Se *SI* specificare:				
Delirio	□ presente	□ assente		□ a tratti	
Agitazione psico-motoria	□ presente	□ assente		□ a tratti	
In grado di collaborare	□ si	□ no			
Stato emotivo	□ tranquillo	□ ansioso	□ aggressivo	□ agitato	□ depresso
Aggressività	□ presente	□ assente		□ a tratti	
Depressione	□ presente	□ assente		□ a tratti	
Ansia	□ presente	□ assente		□ a tratti	
Sonno	□ regolare	□ irregolare		□ insonnia	
	□ uso abituale di farmaci: *specificare*				
Seguito da centri di salute mentale	□ no	□ si			
	Se SI specificare:				
Può vivere in comunità	□ no	□ si			

MALATTIE NEUROLOGICHE ATTUALI O PREGRESSE		
Ictus	□ no	□ si
	Se *SI* specificare gli esiti:	
Lesioni cerebrali o spinali	□ no	□ si
	Se *SI* specificare gli esiti:	
Morbo di Parkinson	□ no	□ si
Sindromi extrapiramidali	□ no	□ si
Sclerosi Multipla	□ no	□ si

DISABILITÀ FUNZIONALI RICHIEDENTI LA RIABILITAZIONE		
Lesioni cerebrali o spinali	□ no	□ si
Fratture dell'anca	□ no	□ si
Altre fratture	□ no	□ si
	Se *SI* specificare:	
Artroprotesi	□ no	□ si
	Se *SI* specificare:	
Amputazioni	□ no	□ si
	Se *SI* specificare:	
Malattie croniche	□ no	□ si
	Se *SI* specificare:	
Cardiopatie	□ no	□ si
	Se SI specificare gli esiti:	
Artropatie degenerative	□ no	□ si
	Se *SI* specificare:	
Diabete mellito	□ no	□ si
Insulinodipendente	□ no	□ si
Patologie ostruttive delle vie aeree	□ no	□ si
Insufficienza renale	□ no	□ si
Ulcera peptica	□ no	□ si
Esofagite da reflusso	□ no	□ si
Stipsi	□ no	□ si
Uso di lassativi	□ no	□ si
	Se *SI* specificare:	
Patologia neoplastica	□ no	□ si
	Se *SI* specificare:	
Dolori cronici	□ no	□ si
	Se *SI* specificare:	

MALATTIE INFETTIVE		
Malattie infettive in atto	□ no	□ si
	Se *SI* specificare:	
Malattie infettive pregresse	□ no	□ si
	Se *SI* specificare:	

INTOLLERANZE A FARMACI
Specificare:

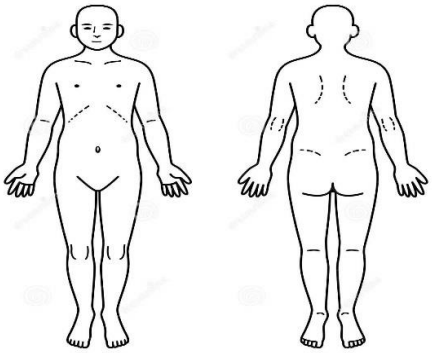
ALLERGIE		
Allergie a farmaci	□ no	□ si
	Se *SI* specificare:	
Allergie/Intolleranze alimentari	□ no	□ si
	Se *SI* specificare:	
Altre allergie	□ no	□ si
	Se *SI* specificare:	

ALIMENTAZIONE					
□ autonomo	□ non autonomo (da imboccare)		□ parzialmente (aiutare al bisogno)		
Difficoltà a deglutire	□ solidi	□ liquidi	□ inappetenza	□ vomito	□ nessuna
Nutrizione enterale	□ no	□ si			
	Se SI specificare:	□ SNG	Tipo:	Quantità:	Velocità:
		□ PEG	Tipo:	Quantità:	Velocità:
Nutrizione parentale	□ no	□ si			
	Se SI specificare:	□ CVC	Tipo:	Quantità:	Velocità:
Dieta	□ libera	□ personalizzata			
	Se *Personalizzata* specificare:				
Restrizioni	□ diabetico	□ altro			
	Se *Altro* specificare:				

TERAPIE					
FARMACO	ORARIO DI SOMMINISTRAZIONE				
	□ 8:00	□ 12:00	□ 18:00	□ 20:00	□ al bisogno
	Specificare:				
	□ 8:00	□ 12:00	□ 18:00	□ 20:00	□ al bisogno
	Specificare:				
	□ 8:00	□ 12:00	□ 18:00	□ 20:00	□ al bisogno
	Specificare:				
	□ 8:00	□ 12:00	□ 18:00	□ 20:00	□ al bisogno
	Specificare:				
	□ 8:00	□ 12:00	□ 18:00	□ 20:00	□ al bisogno
	Specificare:				
	□ 8:00	□ 12:00	□ 18:00	□ 20:00	□ al bisogno
	Specificare:				
	□ 8:00	□ 12:00	□ 18:00	□ 20:00	□ al bisogno
	Specificare:				
	□ 8:00	□ 12:00	□ 18:00	□ 20:00	□ al bisogno
	Specificare:				

TERAPIE					
	□ 8:00	□ 12:00	□ 18:00	□ 20:00	□ al bisogno
	Specificare:				
	□ 8:00	□ 12:00	□ 18:00	□ 20:00	□ al bisogno
	Specificare:				
	□ 8:00	□ 12:00	□ 18:00	□ 20:00	□ al bisogno
	Specificare:				
	□ 8:00	□ 12:00	□ 18:00	□ 20:00	□ al bisogno
	Specificare:				
	□ 8:00	□ 12:00	□ 18:00	□ 20:00	□ al bisogno
	Specificare:				
	□ 8:00	□ 12:00	□ 18:00	□ 20:00	□ al bisogno
	Specificare:				
	□ 8:00	□ 12:00	□ 18:00	□ 20:00	□ al bisogno
	Specificare:				

PIAGHE DA DECUBITO		
Presenza di piaghe da decubito	□ no	□ si
EVIDENZIARE LE ZONE →		



MEDICAZIONI IN ATTO		
SEDE	TIPO	FREQUENZA

ALTRE TERAPIE IN CORSO		
Ossigeno terapia	□ no	□ si
	Se *SI* specificare LT/MIN	
Bronco aspirazione	□ no	□ si
Chemioterapia	□ no	□ si
Radioterapia	□ no	□ si
Dialisi	□ no	□ si
Altro:	□ no	□ si
	Se *SI* specificare:	

ALTRE PATOLOGIE DI RILIEVO

SITUAZIONE VACCINALE ANTI COVID-19	
Data somministrazione prima dose:	___ / ___ / _____
Data somministrazione seconda dose:	___ / ___ / _____
Data somministrazione dose *booster*:	___ / ___ / _____
Data somministrazione seconda dose *booster*:	___ / ___ / _____

DATA	TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO DI BASE