

# SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA

|                                                                                     |                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Cognome                                                                             | Nome            |
| Luogo                                                                               | Data di nascita |
| Sintesi clinico-anamnestica con particolare riferimento alle patologie invalidanti: |                 |
|                                                                                     |                 |
|                                                                                     |                 |
|                                                                                     |                 |
|                                                                                     |                 |
|                                                                                     |                 |
|                                                                                     |                 |
|                                                                                     |                 |
| Terapia in atto:                                                                    |                 |
|                                                                                     |                 |
|                                                                                     |                 |
|                                                                                     |                 |
|                                                                                     |                 |
|                                                                                     |                 |

**DEFICIT SENSORIALI:**

- ☐ grave deficit visivo (anche con correzione)  
☐ grave deficit uditivo (anche con correzione)

Nota \_\_\_\_\_

**DEAMBULAZIONE:**

- ☐ normale  
☐ cammina con aiuto o assistenza  
☐ presenta rischio di caduta  
☐ costretto a letto, poltrona o carrozzella

Nota \_\_\_\_\_

**INCONTINENZA:**      ☐ SI      ☐ NO

- Urinaria      ☐ saltuaria      ☐ permanente  
Fecale      ☐ saltuaria      ☐ permanente  
                 ☐ catetere vescicale      ☐ colostomia

Nota \_\_\_\_\_

**ALIMENTAZIONE:**

- ☐ autonoma  
☐ deve essere imboccato  
☐ presenta disfagia  
☐ presenza di PEG

Presenza di magrezza patologica      ☐ SI      ☐ NO

Nota \_\_\_\_\_

**DISTURBI MOTORI:**

Paralisi/paresi di \_\_\_\_\_

- Instabilità motoria      ☐ SI      ☐ NO  
Deficit equilibrio      ☐ SI      ☐ NO  
Tendenza alle cadute      ☐ SI      ☐ NO

Nota \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE PSICO-RELAZIONALE:**

|                                   |                                  |                                     |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| Disturbi importanti della memoria | <input type="checkbox"/> SI      | <input type="checkbox"/> NO         |
| Orientamento tempo/spaziale       | <input type="checkbox"/> normale | <input type="checkbox"/> patologico |
| Episodi di disorientamento t/s    | <input type="checkbox"/> SI      | <input type="checkbox"/> NO         |
| Disorientamento costante          | <input type="checkbox"/> SI      | <input type="checkbox"/> NO         |
| Disturbi della parola             | <input type="checkbox"/> SI      | <input type="checkbox"/> NO         |
| Disturbi della comunicazione      | <input type="checkbox"/> SI      | <input type="checkbox"/> NO         |

Nota \_\_\_\_\_

**DISTURBI DEL COMPORTAMENTO:**

|                                   |                                   |                                    |
|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Agitazione psico-motoria          | <input type="checkbox"/> costante | <input type="checkbox"/> saltuaria |
| Aggressività                      | <input type="checkbox"/> verbale  | <input type="checkbox"/> fisica    |
| Deambulazione afinalistica        | <input type="checkbox"/> fughe    | <input type="checkbox"/> wandering |
| Insonnia                          | <input type="checkbox"/>          |                                    |
| Inversione del ritmo sonno/veglia | <input type="checkbox"/>          |                                    |

Utilizzo di psicofarmaci (specificare) \_\_\_\_\_

**TONO DELL'UMORE:** ☐ normale ☐ depresso ☐ euforicoPratica/ha praticato terapie antidepressive ☐ SI ☐ NO

Nota \_\_\_\_\_

**PRESENZA DI LESIONI CUTANEE:** ☐ SI ☐ NO

Sedi e attuali medicazioni \_\_\_\_\_

**ALLERGIE :** \_\_\_\_\_**OSSERVAZIONI:**

---

---

---

---

---

Data di compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Timbro e firma leggibile  
MMG/Medico Curante

\_\_\_\_\_