



QUESTIONARIO MEDICO

Da compilarsi a cura del medico curante

In riferimento alla domanda di ammissione del Sig./Sig.ra

Nome Cognome

Nato a..... (.....) il.....

Motivo del ricovero

.....
.....
.....

Anamnesi patologica remota

.....
.....
.....

Anamnesi patologica attuale

.....
.....
.....

Deficit invalidante

VISTA	<input type="checkbox"/> Basso	<input type="checkbox"/> Medio	<input type="checkbox"/> Alto	
	Porta occhiali		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
UDITO	<input type="checkbox"/> Basso	<input type="checkbox"/> Medio	<input type="checkbox"/> Alto	
	Porta apparecchio acustico		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
LINGUAGGIO	<input type="checkbox"/> Basso	<input type="checkbox"/> Medio	<input type="checkbox"/> Alto	
INCONTINENZA SFINTERICA		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
CATETERE VESCICALE		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
ORIENTAMENTO T&S		<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Grave



Locomozione

Cammina da solo Cammina con ausilio Non cammina

Terapia riabilitativa

Si No

Portatore di protesi

Si No

Se SI specificare

Dieta

Si No

Se SI specificare

Piaga da decubito

Si No

Se SI specificare tipo e sede

INTOLLERANZE/ALLERGIE A FARMACI/ALIMENTI

Si No

Se SI specificare

NOTIZIE STABILITA' EMOTIVA E COPORTAMENTALE PRESENTE

E' mai in stato confusionale Si Talvolta No

Ha difficoltà a capire ciò che gli viene detto Si No

Memoria Buona Instabile Assente

Soffre d'insonnia Si Talvolta No

Usa farmaci per l'insonnia Si No



MD 0001/B

- | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------|-----------------------------|
| E' depresso | <input type="checkbox"/> Si | ALLEGATO B | <input type="checkbox"/> No |
| E' ansioso | <input type="checkbox"/> Si | | <input type="checkbox"/> No |
| E' demente | <input type="checkbox"/> Si | | <input type="checkbox"/> No |
| E' aggressivo | <input type="checkbox"/> Si | | <input type="checkbox"/> No |
| Richiede particolare assistenza, cura o sorveglianza | <input type="checkbox"/> Si | | <input type="checkbox"/> No |

Sistema nervoso e psiche: notizie sulla stabilità emotiva e comportamentale in passato

.....

.....

.....

VALUTAZIONE DELL'AUTONOMIA

- Autosufficiente Parzialmente autosufficiente Non autosufficiente

TERAPIA IN CORSO/ORARI SOMMINISTRAZIONE/POSOLOGIA

Farmaco	Posologia	Orario

MALATIE INFETTIVE O PARASSITARIE PREGRESSE O IN ATTO¹

- Può vivere in comunità** Si No

¹ In caso di presenza di malattie infettive e/o contagiose **allegare certificato medico dettagliato**



ANNOTAZIONI PARTICOLARI

.....
.....
.....

MEDICO CURANTE²

Nome Cognome

Tel. Cell.

Email Fax

Modalità di contatto

Data,

IL MEDICO CURANTE

(firma leggibile e timbro)

.....

A cura del personale dell'APSP:
Allegato alla domanda di ammissione prot. n° del

² Qualora l'ammissione dovesse avvenire oltre il 15° giorno dalla data di presentazione della presente richiesta, è discrezione della struttura richiedere un aggiornamento della relazione medica.