

## SCHEDA DI INSERIMENTO

- RSA  
 CDI  
 RICHIESTA INVALIDITA'

### CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE

Informazioni anagrafiche																	
Nome _____	Cognome _____																
C.F. _____																	
Nato a _____ il ____ / ____ / ____																	
Residente _____	via/piazza _____ n° _____																
<p>Anamnesi patologica remota oltre alle comuni informazioni relative a patologie pregresse, specificare eventuali aspetti psicologici e/o comportamentali noti che hanno richiesto terapie specifiche (es. sindromi depressive, stati maniacali, alterazioni della personalità, abuso alcolico, tabagismo)</p>																	
<p>Malattie infettive note epaliti, TBC, malattie sessualmente trasmesse</p>																	
<p>Situazione clinica attuale patologie in atto condizioni invalidanti</p>																	
<p>Dispositivi in uso</p>	<table border="0"> <tr> <td>Catetere vescicale .....</td> <td>Sondino nasogastrico .....</td> </tr> <tr> <td>PEG .....</td> <td>Catetere venoso centrale .....</td> </tr> <tr> <td>Pacemaker .....</td> <td>ICD (defibrillatore) .....</td> </tr> <tr> <td>Tracheostomia .....</td> <td>Stomie .....</td> </tr> <tr> <td>Broncoaspirazione .....</td> <td>Porth-a-cath .....</td> </tr> <tr> <td>Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro) .....</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno .....</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ventilatore per insuff. respiratorie gravi .....</td> <td></td> </tr> </table>	Catetere vescicale .....	Sondino nasogastrico .....	PEG .....	Catetere venoso centrale .....	Pacemaker .....	ICD (defibrillatore) .....	Tracheostomia .....	Stomie .....	Broncoaspirazione .....	Porth-a-cath .....	Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro) .....		Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno .....		Ventilatore per insuff. respiratorie gravi .....	
Catetere vescicale .....	Sondino nasogastrico .....																
PEG .....	Catetere venoso centrale .....																
Pacemaker .....	ICD (defibrillatore) .....																
Tracheostomia .....	Stomie .....																
Broncoaspirazione .....	Porth-a-cath .....																
Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro) .....																	
Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno .....																	
Ventilatore per insuff. respiratorie gravi .....																	
<p>Ausili/presidi in uso Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori</p>																	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesioni da decubito</li> <li>• Ferite chirurgiche in trattamento</li> </ul> <p>Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro)</p>																	
<p>Terapia in atto Oltre ai farmaci tradizionali, specificare se il paziente ha in atto piani terapeutici attivi, terapia del dolore (<i>specificare se oppiacei o farmaci con ricetta ministeriale</i>), diete particolari (per insufficienza renale; celiachia; altro)</p> <p><b>ALLERGIE</b></p>																	
<p>Cadute negli ultimi sei mesi</p>	<p><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p>																

Parte per il Medico curante

<b>Interventi programmati</b> necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si specificare ..... ..... .....	
<b>Stato nutrizionale</b>	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Variazioni ponderali negli ultimi sei mesi  Note _____ _____ _____	
<b>Giudizio sulla stabilità clinica</b>	<input type="checkbox"/> <i>Stabile</i>  <input type="checkbox"/> <i>Moderatamente stabile</i>  <input type="checkbox"/> <i>Moderatamente instabile</i>  <input type="checkbox"/> <i>Instabile</i>  <input type="checkbox"/> <i>Acuzie</i>	nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a $\leq$ intervalli > 60 gg.  con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni  con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana  con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano  con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani

<b>Compilare in caso di richiesta di accertamento degli stati di invalidità civile, condizioni visive e sordomutismo</b>	<i>Il paziente è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita</i> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Si richiede visita domiciliare</i> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
--	---	--

data

firma

.....

.....

Presidio Nord 4 - Centro Santa Maria al Monte - Malnate

**DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI**

Stato di coscienza alterato	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> soporoso <input type="checkbox"/> coma /stato vegetativo (GCS:..... /15)
Deficit di memoria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI   Disorientamento <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: .....
Crisi d'ansia / attacchi di panico	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI   Deflessione del tono dell'umore <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Deliri	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI   Allucinazioni <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Aggressività	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> verbale
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia
Wandering (cammino afinalistico) /affaccendamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI   Tentativi di allontanamento inconsapevole /tentativo di fuga <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: .....
Etilismo/potus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso
Abuso/dipendenza da sostanze:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso Di che tipo: .....
Tentato suicidio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: indicare la data: ...../ ..... / .....
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: .....
Eventuali note e osservazioni: .....	

## SCHEDA DI INSERIMENTO

- RSA  
 CDI  
 RICHIESTA INVALIDITA'

Parte per la famiglia / caregiver

Informazioni anagrafiche	Nome _____ Cognome _____ C.F. _____ Nato a _____ il ___ / ___ / ___ Residente a _____ via/piazza _____ n° _____
Professione, pensione, invalidità	Professione svolta in passato _____ Pensione SI NO Ente erogatore _____ Invalidità SI NO Codice Invalidità _____
Modalità di gestione del reddito	<input type="checkbox"/> Anziano stesso <input type="checkbox"/> Familiare <input type="checkbox"/> Amministratore <input type="checkbox"/> Altro
Persona/familiare di riferimento Altri familiari (indicando sia familiari che possono o potrebbero dare sostegno)	
Medico di Medicina Generale	Dr./Dr.ssa _____ tel. _____
Servizi di supporto in atto assistente domestica, ADI; servizio pasti a domicilio, Centro diurno, ecc.	
Provenienza Domicilio; Ospedale, Istituto di Riabilitazione, RSA, altro	
Tipo di inserimento in RSA/CDI/Miniall.	<input type="checkbox"/> temporaneo <input type="checkbox"/> definitivo <input type="checkbox"/> altro
Aspettativa della famiglia e/o dell'ospite	
Rete familiare (Persone conviventi: coniuge, figli, altro) Eventuali lutti recenti (coniuge; altro)	
Diete particolari	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì - specificare _____
Comportamenti autolesivi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì - specificare _____
Fumo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Alcool	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Interessi attuali lettura, TV, contatti con amici/parenti, attività manuali	
• Capacità di nutrirsi:	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Necessità di stimolo o sorveglianza <input type="checkbox"/> Deve essere imboccato
• Masticazione:	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Difficoltà per cibi duri <input type="checkbox"/> Mangia solo cibi molli <input type="checkbox"/> Non si alimenta per bocca
• Protesi dentaria:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì e la usa <input type="checkbox"/> Sì ma non la usa

Parte per la famiglia / caregiver

Nome _____	
Cognome _____	
Piccola igiene personale (lavarsi le mani, faccia, braccia, farsi la barba, tagliarsi le unghie)	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Bagno / doccia	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Continenza vescicale	<input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Catetere
Continenza intestinale	<input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Stomia
Uso dei servizi igienici	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Capacità di vestirsi	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Vista	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con lenti <input type="checkbox"/> Cecità
Udito	<input type="checkbox"/> Integro <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Sordità
Capacità di leggere	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Capacità di scrivere	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Linguaggio	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Alterato
Mobilità	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Protesi <input type="checkbox"/> Allettato
Capacità di salire le scale	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Non in grado
Trasferimento letto / carrozzina / poltrona	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Non in grado

