SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1 – 7 (MILANO E AREA NORD)

La scheda sanitaria di ingresso è valida per l'inserimento in tutte le RSA ubicate nel territorio di Milano e Area Nord (Distretti 1 – 7).
Il suo obiettivo è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo delle condizioni cliniche del Suo assistito al fine di valutare l'idoneità di inserimento presso la RSA.
La scheda sanitaria deve essere compilata in maniera completa e leggibile.

Cognome e Nome .....

Data di nascita ...../ ..... / ..... **luogo di nascita** .....

QUADRO CLINICO : PATOLOGIEPRINCIPALI

INDICE DI COMORBILITÀ (CIRS)	DIAGNOSI	ASSENTE	LIEVE	MODERATO	GRAVE	MOLTO GRAVE
Patologie Cardiache (solo cuore) Portatore di PM: ❑NO ❑SI	....	❑	❑	❑	❑	❑
Ipertensione (si valuta la severità; gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)	....	❑	❑	❑	❑	❑
Apparato vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	....	❑	❑	❑	❑	❑
Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	....	❑	❑	❑	❑	❑
Occhi / O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	....	❑	❑	❑	❑	❑
Apparato digerente tratto superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	....	❑	❑	❑	❑	❑
Apparato digerente tratto inferiore (intestino, ernie)	....	❑	❑	❑	❑	❑
Fegato (solo fegato)	....	❑	❑	❑	❑	❑
Rene (solo rene)	....	❑	❑	❑	❑	❑
Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	....	❑	❑	❑	❑	❑
Apparato Muscolo-Scheletro e Cute (muscoli, scheletro, tegumenti)	....	❑	❑	❑	❑	❑
Patologie sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico; ***non include la demenza)***	....	❑	❑	❑	❑	❑
Patologie sistema Endocrino-Metabolico (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	....	❑	❑	❑	❑	❑
Stato mentale e comportamentale (***include demenza***, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	....	❑	❑	❑	❑	❑

SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1 – 7 (MILANO E AREA NORD)

MALATTIE INFETTIVE CONTAGIOSE (IN ATTO)

.....

.....

INTERVENTI CHIRURGICI E/O RICOVERI OSPEDALIERI E RIABILITATIVI (NEGLI ULTIMI 12 MESI)

.....

.....

ASPETTI CLINICO - FUNZIONALI

Autonomia nel movimento*	❑ senza aiuto/sorveglianza ❑ utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento ❑ necessità di aiuto costante per la deambulazione ❑ mobilizzazione solo in poltrona e/o cambi posturali a letto ❑ necessità di usare il sollevatore ❑ immobilità a letto
Utilizzo ausili per la deambulazione*	❑ bastone ❑ carrozzina ❑ deambulatore / girello ❑ altro.....
Incontinenza urinaria	❑NO ❑SI
Catetere vescicale	❑NO ❑SI Data ultimo posizionamento: ...../ ..... /20.....
Incontinenza fecale	❑NO ❑SI ❑ Stomia, sede:.....
Ossigenoterapia	❑NO ❑SI: ❑continua ❑discontinua
Ventilazione	❑NO ❑SI: ❑invasiva ❑non invasiva
Catetere venoso centrale (CVC)	❑NO ❑SI, sede: .....
Lesioni da pressione	❑NO ❑SI Sede: .....Stadio: ❑ I ❑ II ❑ III ❑ IV Sede: .....Stadio: ❑ I ❑ II ❑ III ❑ IV
Altre lesioni cutanee (incluse ferite chirurgiche)	❑NO ❑SI, sede: .....

Cadute ricorrenti	❑NO ❑SI	Specificare: .....

Deficit sensoriali

Ipovisus	❑NO ❑SI	
Ipoacusia	❑NO ❑SI	❑Corretta con protesi

***È possibile barrare più caselle**

SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1 – 7 (MILANO E AREA NORD)

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

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

PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL''ALIMENTAZIONE

Autonomia nell'alimentazione	❑ senza aiuto/sorveglianza ❑ necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.) ❑ necessita di aiuto costante nell'alimentarsi /necessita di imboccamento	
Edentulia	❑NO ❑SI:	Protesi: ❑ Inferiore ❑ Superiore Scheletrato: ❑ Inferiore ❑ Superiore
Rifiuto del cibo	❑NO ❑SI	
Disfagia	❑NO ❑SI	Cibi frullati o omogeneizzati ❑NO ❑SI
Dieta specifica	❑NO ❑SI, di che tipo:	
Alimentazione enterale ❑NO ❑SI ❑PEG ❑SNG		Alimentazione parenterale ❑NO ❑SI: ❑periferico ❑centrale
Peso corporeo: ..... kg		Altezza: ..... cm

Allergie	❑non note ❑NO ❑SI, di che tipo:.....

SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1 – 7 (MILANO E AREA NORD)

TERAPIA

❑ Non assume terapia farmacologica

Terapia in atto ed orari disomministrazione:

Farmaco/Principio attivo	Posologia

ALTRI TRATTAMENTI TERAPEUTICI:

Emotrasfusione	❑NO ❑SI
Dialisi	❑NO ❑SI: ❑emodialisi ❑dialisi peritoneale
Altro (chemioterapia, radioterapia, etc)	

EVENTUALE APPROFONDIMENTO:

.....

.....

.....

.....

Data presunta dimissione (se proveniente da altra struttura sanitaria o sociosanitaria): ...../ ..... / 20....

Nome e Cognome medico curante:	Timbro e firma del medico curante
Recapito	
tel.diretto..... fax	
e-mail diretta: .....@.....	

Data di compilazione: ...../ ..... / 20.....