



## SCHEDA DI INSERIMENTO

### CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE

<input type="checkbox"/>	RSA
<input type="checkbox"/>	CDI
<input type="checkbox"/>	MINIALLOGGI

Parte per il Medico curante

Informazioni anagrafiche																	
Nome _____ Cognome _____																	
Nato a _____ il __/__/____ Residente a _____ via/piazza _____ n° _____																	
<b>Anamnesi patologica remota</b> 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)																	
<b>Malattie infettive note</b> epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse																	
<b>Situazione clinica attuale</b> patologie in atto condizioni invalidanti																	
<b>Dispositivi in uso</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>Catetere vescicale .....</td> <td>Sondino naso-gastrico .....</td> </tr> <tr> <td>PEG .....</td> <td>Catetere venoso centrale .....</td> </tr> <tr> <td>Pace-maker .....</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 naso-gastrico .....	PEG .....	Catetere venoso centrale .....	Pace-maker .....	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 naso-gastrico .....																
PEG .....	Catetere venoso centrale .....																
Pace-maker .....	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 .....																	
<b>Ausili/presidi in uso</b> Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori																	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lesioni da decubito</li> <li>Ferite chirurgiche in trattamento</li> </ul> Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro)																	
<b>Terapia in atto</b> Oltre ai farmaci tradizionali, specificare se il paziente ha in atto piani terapeutici attivi, terapia del dolore (specificare se oppiacei o farmaci con ricetta ministeriale), diete particolari (per insufficienza renale; celiachia; altro) <b>ALLERGIE</b>																	
Cadute negli ultimi sei mesi	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No																

<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"/> <b>Stabile</b>	nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a d intervalli > 60 gg.
	<input type="checkbox"/> <b>Moderatamente stabile</b>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni
	<input type="checkbox"/> <b>Moderatamente instabile</b>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana
	<input type="checkbox"/> <b>Instabile</b>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano
	<input type="checkbox"/> <b>Acuzie</b>	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

.....

.....