

SCHEDA SANITARIA PER PROPOSTA DI RICOVERO IN R.S.A. O LUNGODEGENZA

Cognome _____ Nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza _____

-
- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Neoplasie | <input type="checkbox"/> Condizioni invalidanti apparato cardiovascolare |
| <input type="checkbox"/> Demenza | <input type="checkbox"/> Condizioni invalidanti apparato locomotorio |
| <input type="checkbox"/> Cecità | <input type="checkbox"/> Condizioni invalidanti apparato respiratorio |
| <input type="checkbox"/> Sordità | <input type="checkbox"/> Condizioni invalidanti neurologiche |
| <input type="checkbox"/> Sindromi | <input type="checkbox"/> Condizioni invalidanti psichiatriche |
| <input type="checkbox"/> Altro | |

-
- | | | | |
|--|-----------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Deambulazione | <input type="checkbox"/> Autonoma | <input type="checkbox"/> Parzialmente autonoma | <input type="checkbox"/> Non autonoma |
| <input type="checkbox"/> Alimentazione | <input type="checkbox"/> Autonoma | <input type="checkbox"/> Non autonoma | |
| <input type="checkbox"/> Controllo dell'alvo | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | |
| <input type="checkbox"/> Controllo della diuresi | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | |
| <input type="checkbox"/> Catetere vescicale e permanenza | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | |
| <input type="checkbox"/> Piaghe da decubito | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> No | |

Sede _____

Stadio _____

Diagnosi _____

Giudizio sull'autosufficienza del paziente

- Autosufficiente
 Parzialmente autosufficiente
 Non autosufficiente

Condizioni sanitarie e sociali che motivano la proposta di inserimento in R.S.A.

Data _____

Timbro e firma del medico