

## DOMANDA DI INGRESSO DA FAR COMPILARE AL MMG

Contatto	Visita <input type="checkbox"/>	Telefonico <input type="checkbox"/>
<b>Ospite:</b>		
Cognome _____	Nome _____	sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nato a _____	Pr ____ il __/__/____	Anni _____
Residente a _____	Pr ____ Via _____	n° _____
Stato civile _____	Cittadinanza _____	
Codice Fiscale	/ / / / / / / / / / / / / / / /	
Parente:		
Cognome _____	Nome _____	
Grado di parentela _____	Residente a _____	
In via _____	n° _____	Tel. _____
Soggetto con buono socio-sanitario	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	in lista di attesa <input type="checkbox"/>
Soggetto con assegno di accompagnamento	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	in lista di attesa <input type="checkbox"/>
Soggetto con servizio di ADI	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	in lista di attesa <input type="checkbox"/>

**Motivo della domanda**

- |  |  |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> ha perso autonomia fisica/psichica       | 1. <input type="checkbox"/> il soggetto stesso           |
| 2. <input type="checkbox"/> la famiglia non è in grado di provvedere | 2. <input type="checkbox"/> familiare o affine           |
| 3. <input type="checkbox"/> vive solo                                | 3. <input type="checkbox"/> ass. sociale o altri servizi |
| 4. <input type="checkbox"/> l'alloggio è inidoneo                    | 4. <input type="checkbox"/> medico                       |
| 5. <input type="checkbox"/> altro _____                              | 5. <input type="checkbox"/> tutore                       |
|  | 6. <input type="checkbox"/> altro _____                  |

**Provenienza ospite**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> proprio domicilio | <input type="checkbox"/> Struttura (indicarne il nome e la città) |
|--|---|

## Valutazione dell'autonomia

## Mobilità

## a) Trasferimenti letto-sedia

- Necessitano 2 persone per il trasferimento della persona con o senza ausilio meccanico ◇
- Il paziente collabora ma è necessaria comunque la collaborazione di una persona ◇
- Per una o più fasi del trasferimento è necessaria la collaborazione di una persona ◇
- Occorre una persona per garantire la sicurezza e /o infondere fiducia ◇
- Autonomo ◇

## b) Deambulazione

- Dipendenza rispetto alla locomozione ◇
- Necessita della presenza costante di una o più persone per la deambulazione ◇
- Necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere o manovrare ausili ◇
- Paziente autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione per ridurre i rischi ed infondergli fiducia ◇
- Autonomo ◇

## c) Utilizzo della sedia a rotelle

- Paziente in carrozzina dipendente per la locomozione ◇
- Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano ◇
- Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, letto...◇
- Autonomo ◇

## d) Igiene personale

- Paziente non in grado di badare alla propria igiene personale ◇
- E' necessario assisterlo in tutte le circostanze dell'igiene personale ◇
- E' in grado di provvedere alla cura della propria persona, ma richiede un minimo di assistenza prima e /o dopo l'operazione da eseguire ◇
- Autonomo ◇

## Cognitività

## a) Confusione

- Paziente completamente confuso, personalità destrutturata ◇
- E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate occasioni, come dovrebbe ◇
- Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo ◇
- E' perfettamente lucido ◇

## b) Irritabilità

- Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- Uno stimolo esterno che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare ◇
- Mostra ogni tanto segni di irritabilità ◇
- E' perfettamente lucido. Calmo ◇

## c) Irrequietezza

- Cammina avanti e indietro incessantemente ed è incapace di star fermo persino per brevi periodi di tempo ◇
- Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, toccando di continuo vari oggetti ◇
- Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione; ha difficoltà nel mantenere fermi piedi e mani e tocca continuamente vari oggetti ◇
- Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodo di tranquillità ◇

## d) Controllo della vescica

- |                    |   |                    |   |
|--------------------|---|--------------------|---|
| Incontinente       | ◇ | Continente         | ◇ |
| Necessita di aiuto | ◇ | Catetere vescicale | ◇ |

Patologie psichiatriche maggiori

## COMORBILITA'

↳ <b>Cardiaca (solo cuore)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↳ <b>Ipertensione (si valuta la severità)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↳ <b>Vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↳ <b>Respiratorie (polmoni, bronchi, trachea, sotto la laringe)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↳ <b>O.O.N.G.L (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↳ <b>Apparato G.I. Superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↳ <b>Apparato G.I. Inferiore (intestino, ernie)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↳ <b>Epatiche (solo fegato)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↳ <b>Renali (solo reni)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↳ <b>Altre patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Moderata	◇
		Molto grave	◇
<b>Sistema muscolo-scheletrico-cute (muscoli, scheletro, tugmenti)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Moderata	◇
		Molto grave	◇
↳ <b>Sistema nervoso centrale e periferico (non include la demenza)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Moderata	◇
		Molto grave	◇
<b>Endocrine - Metaboliche (diabete, infezioni, stati tossici)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Moderata	◇
		Molto grave	◇
<b>Psichiatrico - Comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)</b>			
Assente	◇	Grave	◇

## COMORBILITA'

↪ <b>Cardiaca (solo cuore)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↪ <b>Ipertensione (si valuta la severità)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↪ <b>Vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↪ <b>Respiratorie (polmoni, bronchi, trachea, sotto la laringe)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↪ <b>O.O.N.G.L (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↪ <b>Apparato G.I. Superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↪ <b>Apparato G.I. Inferiore (intestino, ernie)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↪ <b>Epatiche (solo fegato)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↪ <b>Renali (solo reni)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↪ <b>Altre patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Moderata	◇
		Molto grave	◇
<b>Sistema muscolo-scheletrico-cute (muscoli, scheletro, tugmenti)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Moderata	◇
		Molto grave	◇
↪ <b>Sistema nervoso centrale e periferico (non include la demenza)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Moderata	◇
		Molto grave	◇
<b>Endocrine - Metaboliche (diabete, infezioni, stati tossici)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Moderata	◇
		Molto grave	◇
<b>Psichiatrico - Comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)</b>			
Assente	◇	Grave	◇

Lieve



Moderata ◇

Molto grave



**DECUBITI**

Assenti ◇

Sacrali ◇

Trocanterici ◇

Altra sede \_\_\_\_\_

**ORIENTAMENTO DIAGNOSTICO**

Patologia in essere:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Terapie in atto (riportare tutti i farmaci ed il dosaggio):

-  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Altre terapie particolari:

- |                              |                          |                       |
|------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| ◇ nessuna                    | ◇ ossigenoterapia        | ◇ dialisi peritoneale |
| ◇ nutrizione per s.n.g.      | ◇ nutrizione parenterale | ◇ PEG                 |
| ◇ ossigenoterapia iperbarica | ◇ radioterapia           | ◇ chemioterapia       |
| ◇ altro _____                |                          |                       |

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma del Medico)

Il /la sottoscritto/a ..... concede il consenso al trattamento dei propri dati personali sensibili finalizzati all'inserimento (o in lista di attesa) e tutela la propria salute una volta inserito all'interno della struttura.

Firma dell'ospite o del garante

\_\_\_\_\_