

DOMANDA DI INGRESSO DA FAR COMPILARE AL MMG

Contatto	Visita <input type="checkbox"/>	Telefonico <input type="checkbox"/>
Ospite:		
Cognome _____	Nome _____	sex <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 inadeguato | 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'

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

COMORBILITA'

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