

DOMANDA DI INGRESSO DA FAR COMPILARE AL MMG

Contatto

Visita ◇

Telefonico ◇

Ospite:

Cognome _____ Nome _____ sesso ◇ M ◇ 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. _____

Codice Fiscale _____

Mail _____

Provenienza ospite

◇ proprio domicilio

◇ Struttura (indicarne il nome e la città) _____

Vaccinazioni effettuate:

◇ anti covid-19 data _____

◇ antinfluenzale : data _____

◇ antipneumococcica: data _____

Malattie infettive: _____

Valutazione dell'autonomia**Deambulazione**

◇ Paziente Autonomo nella deambulazione

◇ Paziente Non Deambulante

Paziente deambulante con ausili:

◇ bastone

◇ tripode

◇ rolletor

Mobilità

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

◇ Autonomo

◇ Allettato

Alimentazione

◇ Paziente autonomo nell'alimentarsi

◇ Paziente parzialmente autonomo (gli alimenti vanno tagliati la frutta va sbucciata)

◇ Paziente dipendente nell'alimentazione (va imboccato)

◇ Dieta libera

Dieta modificata:

◇ cremosa

◇ sminuzzata

◇ con aggiunta di addensanti nei liquidi

◇ Alimentazione Endovena, Peg, Sondino (sottolineare quello che interessa)

Igiene personale

◇ Paziente Autonomo nell'igiene personale

Paziente Parzialmente autonomo nell'igiene personale, si lava:

◇ a) viso, mani, cavo orale

◇ b) si rade

◇ Paziente Dipendente in tutte le fasi della propria igiene personale

Continenza

- ◇ Continente
- ◇ Incontinenza doppia
- ◇ Incontinenza urinaria
- ◇ Incontinenza fecale
- ◇ Catetere vescicale
- ◇ Uro-control

Sonno

- ◇ La notte riposa
- ◇ La notte non sempre riposa ma è tranquillo
- ◇ La notte non riposa e girovaga
- ◇ Ha invertito il ritmo sonno veglia

Cognitività**Confusione**

- ◇ Paziente completamente confuso, disorientato
- ◇ A volte mostra segni di disorientamento spazio-temporale ma riconosce i volti familiari
- ◇ Mostra disturbi comportamentali (aggressività, oppositività, vagabondaggio)
- ◇ E' perfettamente lucido

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 e calmo

Socialità

- ◇ ama la compagnia
- ◇ è solitario
- ◇ è interessato alla tv
- ◇ ama il gioco delle carte o altri giochi di società (specificare quali)

-
- ◇ altri interessi

Villa del Sole	Carta dei Servizi	STD/CS rev.19 03/11/2025 Pag. 37 di 39
-----------------------	--------------------------	--

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

◇ nutrizione per s.n.g.

◇ ossigenoterapia iperbarica

◇ altro _____

◇ ossigenoterapia

◇ nutrizione parenterale

◇ radioterapia

◇ dialisi peritoneale

◇ PEG

◇ chemioterapia

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
