

SCHEDA DI INSERIMENTO

- RSA
 CDI
 MINIALLOGGI

CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE

Parte per il Medico curante

Informazioni anagrafiche	
Nome _____	Cognome _____
Nato a _____ il ___/___/___	Residente a _____ via/piazza _____ n° _____
Anamnesi patologica remota 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)	
Malattie infettive note epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse	
Situazione clinica attuale patologie in atto condizioni invalidanti	
Dispositivi in uso	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
Ausili/presidi in uso Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori	
<ul style="list-style-type: none"> • Lesioni da decubito • Ferite chirurgiche in trattamento Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro)	
Terapia in atto 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) ALLERGIE	
Cadute negli ultimi sei mesi	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Interventi programmati necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni.	q No q Si specificare	
Stato nutrizionale	q Nella norma q Variazioni ponderali negli ultimi sei mesi Note _____ _____ _____	
Giudizio sulla stabilità clinica	q Stabile	nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a d intervalli > 60 gg.
	q Moderatamente stabile	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni
	q Moderatamente instabile	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana
	q Instabile	con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano
	q Acuzie	con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani

Compilare in caso di richiesta di accertamento degli stati di invalidità civile, condizioni visive e sordomutismo	Il paziente è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si richiede visita domiciliare <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
--	---

data

.....

firma

.....