

Scheda di ingresso ed inquadramento iniziale.

DATA INGRESSO:

PROVENIENZA:

1. dati anagrafici.

Nome e Cognome:

Luogo e data di nascita:

Indirizzo di residenza:

Codice fiscale:

Medico curante:

Esenzioni:

Famigliare di riferimento:

Numero di telefono:

2. anamnesi sintetica.

Allergie o intolleranze (ha mai eseguito mezzo di contratto?):

Ha mai eseguito una MOC?: si (anno)no esito:

Diabete: si no **Ipercolesterolemia:** si no

Cardiopatía ischemica/valvolare **Ipertensione:** si no

BPCO: si no **Ipertrofia prostatica:** si no

Stroke: si no eventuali esiti:

Fibrillazione atriale: si no **Distiroidismi:**

Malattia psichiatrica:

Neoplasie:

Altre patologie:

Eventi che hanno condotto al ricovero:

presidi del paziente:

Catetere venoso tipo CVP/CVC: si no **Stomia:** si no

Catetere vescicale: si no **Sondino naso-gastrico:** si no

SCHEDA INGRESSO NUOVO OSPITE

Nome e cognome _____

Data di nascita _____

Data ingresso il _____

Proveniente da:

- | | | |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <u>domicilio</u> | <input type="checkbox"/> semiresidenzialità | <input type="checkbox"/> residenzialità |
| <input type="checkbox"/> casa di cura | <input type="checkbox"/> ospedale | <input type="checkbox"/> altro |

Temporaneo

Definitivo

Parente di riferimento: _____

Biancheria: lava a casa lava in struttura

Comportamento :

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> collaborante | <input type="checkbox"/> depresso | <input type="checkbox"/> agitato con spunti aggressivi |
| <input type="checkbox"/> orientato | <input type="checkbox"/> disorientato | |

Piaghe da decubito:

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> assente | <input type="checkbox"/> presente |
|----------------------------------|-----------------------------------|

Alimentazione:

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> autonoma | <input type="checkbox"/> con assistenza | <input type="checkbox"/> da imboccare |
| <input type="checkbox"/> diabetico | <input type="checkbox"/> disfagico | <input type="checkbox"/> morbida <input type="checkbox"/> frullata |

Incontinenza:

- | | | |
|-----------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> urinaria | <input type="checkbox"/> fecale | <input type="checkbox"/> catetere |
| <input type="checkbox"/> pannolone tipo _____ | fornitura <input type="checkbox"/> | |

Deambulazione:

- | | | |
|------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> cammina da solo | <input type="checkbox"/> cammina con aiuto | <input type="checkbox"/> carrozzina |
| <input type="checkbox"/> allettato | <input type="checkbox"/> cintura | <input type="checkbox"/> sollevatore |

Protesi:

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> acustica | <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sx | <input type="checkbox"/> entrambe |
| <input type="checkbox"/> dentale | <input type="checkbox"/> superiore | <input type="checkbox"/> inferiore |

Per presa visione