



**FONDAZIONE OSPEDALE GIUSEPPE ARAGONA
ISTITUTO GERIATRICO E RIABILITATIVO - ONLUS**

Viale Grasselli Barni 47, 26037 San Giovanni in Croce – Cremona
Tel. 0375/310438 Fax 0375/310053 - C.F./P.I. 00296100191

www.ospedlearagona.org - direzionegenerale@ospedlearagona.org
direzionegenerale@pec.ospedlearagona.org direzione sanitaria@pec.ospedlearagona.org

SCHEMA SANITARIA

(da compilare a cura del medico di base)

A) – DATI DEL PAZIENTE

Cognome Nome

Nato/a a Prov. il

Residente a Prov.

In via

Peso Altezza Telefono

B) ANAMNESI (soprattutto in riferimento ai ricoveri ospedalieri):

.....
.....
.....
.....
.....

C) IL PAZIENTE E' STATO MANI RICOVERATO IN REPARTI PSICHIATRICI?

NO SI, IN PASSATO SI, RECENTEMENTE

D) SITUAZIONE CLINICA ATTUALE:

.....
.....
.....

E) CONDIZIONI PSICHICHE:

1. Lucide
2. fasi di confusione
3. Persistente disorientamento spazio-temporale
4. Fasi di agitazione psico-motoria
5. Inversione di ritmo sonno-veglia

G) COMPENSO CARDIO-CIRCOLATORIO:

1. Soddisfacente
2. In equilibrio farmacologico
3. Scompensato

H) ALIMENTAZIONE:

- 1. Autonoma
- 2. Con piccolo aiuto
- 3. Con necessità di essere imboccato

I) STATO METABOLICO-NUTRIZIONALE:

- 1. Soddisfacente
- 2. In equilibrio farmacologico
- 3. Scompensato
- 4. Carente apporto nutrizionale

L) INCONTINENZA:

- | | |
|---------------------------|-----------------|
| (1) URINARIA | (2) FECALE |
| 1.1 Assente | 1.1 Assente |
| 1.2 Occasionale | 1.2 Occasionale |
| 1.3 Abituale | 1.3 Abituale |
| 1.4 Catetere a permanenza | |

M) DEAMBULAZIONE:

- 1. Cammina da solo/a
- 2. Cammina con l'aiuto di
- 3. Si sposta in carrozzella: a) da solo b) con aiuto
- 4. E' allettato: specificare da quanto tempo:

Motivo della ridotta mobilità:

O) E' ESENTE DA MALATTIE INFETTIVE E PUO' VIVERE IN COMUNITA'?

- SI NO

P) ABUSA DI SOSTANZE ALCOLICHE?

- NO, MAI SI, IN PASSATO SI, ATTUALMENTE

Q) RICHIEDE TRATTAMENTO RIABILITATIVO?

- SI NO

Specificare:.....
.....
.....

R) ATTUALMENTE LA PERSONA SI TROVA:

- 1. Presso l'Ospedale di
- 2. presso la Casa di Riposo / CDI di
- 3. presso il familiare
- 4. a casa propria, da sola.
- 5. a casa propria, assistita da

S) TERAPIA IN ATTO E ORARI DI SOMMINISTRAZIONE:

.....
.....
.....

Data

Firma del Medico di Base