

ANAGRAFICA UTENTE	
Nome e Cognome Utente:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Indirizzo:	
Comune di residenza:	C.F.
Provenienza:	
<input type="radio"/> Domicilio	
<input type="radio"/> Residenza sanitaria assistenziale	
<input type="radio"/> Ospedale	
<input type="radio"/> Comunità integrata	

CONDIZIONI GENERALI DI SALUTE
<input type="radio"/> Buona salute, non necessità di assistenza medico – infermieristica
<input type="radio"/> Necessita saltuariamente di assistenza medico – infermieristica
<input type="radio"/> Necessità di supervisione nell'assunzione dei medicinali
<input type="radio"/> Necessita settimanalmente di assistenza medico – infermieristica
<input type="radio"/> Necessità quotidianamente di assistenza medico - infermieristica

VALUTAZIONE GLOBALE			
CAPACITÀ DI MOVIMENTO		USO CARROZZINA	
<input type="radio"/>	Cammina autonomamente	<input type="radio"/>	E' dipendente per la locomozione
<input type="radio"/>	Cammina con bastone o altro supporto	<input type="radio"/>	Per muoversi in carrozzina necessita di assistenza
<input type="radio"/>	Cammina con l'aiuto di un'altra persona	<input type="radio"/>	E' necessaria una persona per i movimenti più complessi
<input type="radio"/>	Seduto in carrozzina	<input type="radio"/>	Percorre autonomamente percorsi piani
<input type="radio"/>	Allettato	<input type="radio"/>	E' autonomo per la locomozione
<input type="radio"/>	Usa scarpe chiuse		
<input type="radio"/>	Usa scarpe aperte		
<input type="radio"/>	Cammina velocemente		
<input type="radio"/>	Usa ausili		
ORIENTAMENTO SPAZIO TEMPORALE		STATO MENTALE E DI COSCIENZA	
<input type="radio"/>	Completamente orientato	<input type="radio"/>	Parla e comprende
<input type="radio"/>	Parzialmente orientato	<input type="radio"/>	Comprende soltanto
<input type="radio"/>	Frequentemente disorientato	<input type="radio"/>	Non comprende
<input type="radio"/>	Disorientato	<input type="radio"/>	Irrequieto/aggressivo
		<input type="radio"/>	Disturbi comportamentali
IGIENE PERSONALE		ALIMENTAZIONE	
<input type="radio"/>	Autonomia e sufficienza completa	<input type="radio"/>	Indipendente
<input type="radio"/>	Necessità di assistenza minima	<input type="radio"/>	Riconosce le posate
<input type="radio"/>	Necessita di aiuto e/o supervisione	<input type="radio"/>	Riconosce la sequenza dei cibi
<input type="radio"/>	Deve essere completamente assistito	<input type="radio"/>	Mangia da solo pasti preparati
		<input type="radio"/>	Collabora ma necessita di assistenza
		<input type="radio"/>	Deve essere imboccato ed è totalmente dipendente
INCONTINENZA		PIAGHE DA DECUBITO	Posizione
<input type="radio"/>	Controllo completo	<input type="radio"/>	Assenti
<input type="radio"/>	Incontinenza urinaria saltuaria	<input type="radio"/>	Superficiali (1° e 2° stadio)
<input type="radio"/>	Incontinenza urinaria abituale	<input type="radio"/>	Profonde (3° stadio)
<input type="radio"/>	Portatore di catetere vescicale	<input type="radio"/>	Necrotiche e profonde (4° stadio)
<input type="radio"/>	Incontinenza fecale saltuaria		
<input type="radio"/>	Incontinenza doppia completa		

VISTA E UDITO		VESTITIZIONE	
<input type="radio"/>	Vede e sente bene	<input type="radio"/>	Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza
<input type="radio"/>	Non vede	<input type="radio"/>	Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciarsi le scarpe
<input type="radio"/>	Non sente	<input type="radio"/>	Necessita di aiuto per vestirsi o rimane parzialmente o completamente vestito
<input type="radio"/>	Deficit corretto da protesi e/o occhiali in uso		
PAROLA		CADUTE NEGLI ULTIMI TRE ANNI	
<input type="radio"/>	Normale	<input type="radio"/>	Nessuna
<input type="radio"/>	Disartria	<input type="radio"/>	Da 1 a 3 volte
<input type="radio"/>	Afasia	<input type="radio"/>	Più di tre volte

ANAMNESI											
Cardiopatìa ischemica	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Infarto	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Angina	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Pacemaker	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Iperensione	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO									
Diabete	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Compenso farmacologico	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Insulina dipendente	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO			
Epatopatie	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Epatite tipo _____								
Nefropatie	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Dialisi	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO						
Pneumopatie	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Quale:								
Asma bronchiale	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO									
BPCO	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO									
Neoplasia	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Sede:				Stadiazione:				
Demenza senile	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO									
Epilessia	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Data eventuale ultima crisi:								
Ictus pregresso	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Emiparesi residua	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO						
Morbo di Parkinson	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO									
Alzheimer	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO									
Psicosi	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Compenso farmacologico	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO						
Depressione	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO									
Tentati suicidi	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Data:								
Protesi	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Sede:								
Etilismo	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO									
Allergie	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Quali:								
Celiachia	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO									
G6PDH carente	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO									
Intolleranze alimen.	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Quali:								
Osteoporosi	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO									
Ipercolesterolemia	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO									
Malat. infett./contag.	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Quali:								

TERAPIA IN USO											
Farmaco		Posologia									
		Dosi	08	10	12	14	16	18	20	22	24
Endovena											
Intramusoc./S.C.											
Orale											
Nutrizionale											
Altro											

Note

VALUTAZIONE IDONEITÀ

Si certifica che il/la Sig./Sig.ra _____

E' ESENTE DA MALATTIE INFETTIVE

NON E' ESENTE DA MALATTIE INFETTIVE

e che la sua condizione psico-fisica risulta:

AUTOSUFFICIENTE

PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE

Pertanto risulta idoneo/a all'ammissione presso la comunità alloggio in quanto al momento le condizioni generali di salute lo consentono.

NON AUTOSUFFICIENTE

Pertanto non risulta idoneo/a all'ammissione presso la comunità alloggio in quanto al momento le condizioni generali di salute non lo consentono.

Scheda compilata da:	
Nome e Cognome Medico curante: Dott/ssa	
Sede ambulatoriale: Via/P.zza	
Comune:	
Telefono	Mail:

Data _____

Timbro e Firma _____

A CURA DELLA COOPERATIVA SOCIALE IRIS

VALUTAZIONE COMPATIBILITÀ VITA IN COMUNITÀ

Periodo di valutazione: Dal ____ / ____ / _____ al ____ / ____ / _____

○ **COMPATIBILE**

Eventuali note

○ **NON COMPATIBILE**

Motivazione

Data

Firma Responsabile servizio
