



DOMANDA DI AMMISSIONE

(da riconsegnare al Coordinatore della Comunità Alloggio "Villa Corrado").

A CURA DEL MEDICO CURANTE

Il compilatore:

Cognome _____ Nome _____

in qualità di _____

Data _____ Firma _____

Cognome e Nome assistito _____

M

F

Data di nascita _____

Data di compilazione _____

LEGENDA

AA: assente;

LL: lieve - trattamento facoltativo; prognosi eccellente;

MM: moderata -trattamento necessario; prognosi buona;

GG: grave; è invalidante – trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata;

MMGG: molto grave - trattamento di emergenza; può essere letale; prognosi grave.

PATOLOGIE CARDIACHE AA LL MM MMGG

Diagnosi:

IPERTENSIONE (si valuta la severità) AA LL MM GG MMGG

Diagnosi:

APPARATO VASCOLARE (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)

AA LL MM GG MMGG

Diagnosi:

APPARATO RESPIRATORIO AA LL MM GG MMGG

Diagnosi:

OCCHI/URL (orecchio, naso, gola, laringe) AA LL MM GG MMGG

Diagnosi:

APPARATO DIGERENTE SUPERIORE AA LL MM GG MMGG

(esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas)

Diagnosi:

APPARATO DIGERENTE INFERIORE AA LL MM GG MMGG

(intestino, ernie; segnalare anche stipsi ed incontinenza fecale)

Diagnosi:

APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO-URINARIE

AA LL MM GG MMGG

(segnalare anche incontinenza urinaria)

Diagnosi:

APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE AA LL MM GG MMGG

(segnalare anche le ulcere da decubito)

Diagnosi:

PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO AA LL MM GG

MMGG

(diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)

Diagnosi:

STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE AA LL MM GG MMGG

(demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)

Diagnosi:

FEGATO AA LL MM GG MMGG

Diagnosi:

RENE AA LL MM GG MMGG

Diagnosi:

PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non include la demenza) AA LL MM GG
MMGG

Diagnosi:

Lesione da decubito NO SI Sede:

Stadio:

Ausili per il movimento NO SI Bastone e/o deambulatore:

Carrozzina:

Stato nutrizionale insoddisfacente NO SI Obesità: SI NO

Sottopeso: SI NO

Protesi NO SI

Dentale:

Acustica:

Occhiali:

Altro:

Dialisi NO SI

Frequenza settimanale dialisi: _____

Insufficienza respiratoria NO SI

Ossigenoterapia:

Ventilatore:

Durata orario ossigenoterapia:

Alimentazione artificiale NO SI

SNG: NO SI

PEG: NO SI

Parenterale totale:

Gestione incontinenza NO SI

Presidi assorbenti: NO SI

Ano artificiale:

Catetere vescicale: NO SI

Tipo catetere:

Data ultimo posizionamento catetere:

Disorientamento tempo/spazio NO SI

Note: _____

Vagabondaggio NO SI Note: _____

Agitazione psico-motoria NO SI

Note: _____

Inversione ritmo sonno-sveglia NO SI

Note: _____

Allergie a farmaci NO SI Specifica: _____

Allergie ad alimenti NO SI Specifica: _____

TERAPIA IN ATTO
