



## CONDIZIONI ATTUALI

### DEFICIT SENSORIALI:

- grave deficit visivo (anche con correzione)
- grave deficit uditivo (anche con correzione)

Note: \_\_\_\_\_

### DEAMBULAZIONE:

- normale
- cammina con aiuto o assistenza
- presenta rischio di caduta
- costretto a letto, poltrona o carrozzella

Note: \_\_\_\_\_

### INCONTINENZA sì no

- Urinaria  saltuaria  permanente  catetere vescicale
- Fecale  saltuaria  permanente

Note: \_\_\_\_\_

### ALIMENTAZIONE

- autonoma  deve essere imboccato  presenta disfagia
- Presenza di magrezza patologica  sì  no
- Presenza di obesità patologica  sì  no

Note: \_\_\_\_\_

### DISTURBI MOTORI

Paralisi / paresi di

Instabilità motoria  sì  no

Deficit equilibrio  sì  no

Tendenza alle cadute  sì  no

Note: \_\_\_\_\_

### VALUTAZIONE PSICO-RELAZIONALE

Disturbi importanti della memoria  sì  no

Orientamento temporo/spaziale  normale  patologico

*se patologico*

- |                                |                             |                             |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Episodi di disorientamento t/s | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Disorientamento costante       | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Disturbi della parola          | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Disturbi della comunicazione   | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |

Note: \_\_\_\_\_

### **DISTURBI DEL COMPORTAMENTO**

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Aggressività verbale   | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Pone domande ripetitivamente                                   | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Si sente ansioso, agitato, preoccupato, costantemente inquieto | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Allucinazioni/deliri   | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Attività motoria afinalistica (wandering, fughe)               | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Aggressività fisica  | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Comportamento socialmente inadeguato/disinibizione             | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Alterazione severa del ritmo sonno veglia/insonnia grave       | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Rifiuto dell'assistenza  | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Comportamento alimentare gravemente alterato                   | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |

Note: \_\_\_\_\_

Utilizzo di psicofarmaci (specificare)

\_\_\_\_\_

**TONO DELL'UMORE**       normale                       depresso                       euforico

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ha assunto terapie antidepressive nell'ultimo anno | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| sta assumendo terapie antidepressive               | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |

Note

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **ALLERGIE**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**TRATTAMENTI SPECIALISTICI**

Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
SNG/PEG	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Respiratorie/Ventilazione Assistita	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Dialisi	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Ulcere da decubito	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione stomia (colon o altre)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Trattamenti ulcere cutanee (non da pressione)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione C.V.C.	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione terapia con microinfusori /elastomeri	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione cateterismo peridurale	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Drenaggi	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Trattamento riabilitativo post acuto	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Altro (specificare):

---

---

---

---

**OSSERVAZIONI**

---

---

---

---

---

Data di compilazione

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Timbro e firma leggibile

MMG/Medico Curante

---