

**SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO**

Questo documento è stato redatto in maniera congiunta dagli Enti Gestori delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e condivisa con l'ASL Milano. Viene riconosciuto da tutte le RSA dell'ASL Milano.

Il suo obiettivo è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo delle condizioni cliniche del Suo assistito al fine di valutare l'idoneità di inserimento presso la RSA.

La scheda sanitaria deve essere compilata, in maniera leggibile e completa.

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ luogo di nascita \_\_\_\_\_

**QUADRO CLINICO**
**PATOLOGIE PRINCIPALI**

INDICE DI COMORBILITÀ (CIRS)	assente	lieve	moderato	grave
Patologie Cardiache (solo cuore) Portatore di PM: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti vanno considerati separatamente) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Occhi / O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato digerente tratto superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato digerente tratto inferiore (intestino, ernie) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fegato (solo fegato) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rene (solo rene) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato Muscolo-Scheletro e Cute (muscoli, scheletro, tegumenti) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico; non include la demenza) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie sistema Endocrino-Metabolico (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stato mentale e comportamentale (include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) diagnosi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Malattie infettive contagiose (in atto)
 

---



---

 Interventi chirurgici e/o ricoveri ospedalieri e riabilitativi (negli ultimi 12 mesi)
 

---



---

**Altri aspetti clinici e funzionali**

Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> continua	<input type="checkbox"/> discontinua
Ventilazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> invasiva	<input type="checkbox"/> non invasiva
Catetere venoso centrale (CVC)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Sede: _____	
Stomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Sede: _____	
Incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Data ultimo posizionamento: ____ / ____ / 20__	
Incontinenza fecale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
Lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Sede: _____	
		Stadio:	
		<input type="checkbox"/> I	
		<input type="checkbox"/> II	
		<input type="checkbox"/> III	
		<input type="checkbox"/> IV	
		Medicazione:	
		_____	
		_____	
Altre lesioni cutanee (includere ferite chirurgiche)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Sede: _____	
		Medicazione:	
		_____	
		_____	
Utilizzo ausili per la deambulazione	Se no, specificare: <input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> allettato		
	Se si: <input type="checkbox"/> bastone		
	<input type="checkbox"/> carrozzina		
	<input type="checkbox"/> deambulatore / girello		
	<input type="checkbox"/> altro _____		

Cadute negli ultimi tre mesi:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Indicare il numero: _____
-------------------------------	---	---------------------------

**Deficit sensoriali**

Ipovisus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
Ipoacusia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Corretta con protesi

**Disturbi cognitivi, comportamentali, dell'umore e problemi psichiatrici**

Stato di coscienza alterato	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> soporoso <input type="checkbox"/> coma <input type="checkbox"/> stato vegetativo
Deficit di memoria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Disorientamento <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Di che tipo:
Deliri	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Allucinazioni <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Crisi d'ansia / attacchi di panico	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Deflessione del tono dell'umore <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Aggressività	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Etilismo <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia
Wandering (cammino afinalistico)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tentativi /Rischio di fuga <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tipo: _____ _____
Tentato suicidio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	indicare la data: ____ / ____ / ____
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____

**Problemi e condizioni correlate all'alimentazione**

Edentulia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Protesi: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore Scheletrato: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore
Rifiuto del cibo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Obesità grave: <input type="checkbox"/> 80-100 kg <input type="checkbox"/> > 100 kg
Disfagia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cibi frullati o omogeneizzati <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Dieta specifica	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Di che tipo:
Alimentazione enterale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG
Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____

Allergie	<input type="checkbox"/> non note <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Di che tipo:
----------	---	--------------

TERAPIA

 Non assume terapia farmacologica

Terapia in atto ed orari di somministrazione:

Nome Farmaco	Dosaggio	Quantità	Tipo	Orario di assunzione

NOTE:

---

---

---

---

Nome e Cognome medico curante:

<b>Recapito</b> _____ _____ tel _____ fax _____ e-mail: _____@_____	<b>Timbro e firma</b>
--	-----------------------

Data di compilazione: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_