

SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO I CDI
ATS DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1-7 (MILANO E AREA NORD)

La scheda sanitaria di ingresso è valida per l'inserimento in tutti i Centri Diurni Integrati ubicati nel territorio di Milano e Area Nord (Distretti 1 – 7). 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 il CDI.

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

Cognome e Nome

Data di nascita/...../..... **luogo di nascita**

QUADRO CLINICO

PATOLOGIE PRINCIPALI

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MALATTIE INFETTIVE CONTAGIOSE (IN ATTO)

.....

.....

INTERVENTI CHIRURGICI PREGRESSI

.....

.....

RICOVERI OSPEDALIERI E RIABILITATIVI (NEGLI ULTIMI 12 MESI)

.....

.....

ASPETTI CLINICO – FUNZIONALI (* È possibile barrare più caselle)

Autonomia nel movimento*	☐ senza aiuto/sorveglianza ☐ utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento ☐ necessita di aiuto costante per la deambulazione ☐ necessita di aiuto per la mobilizzazione in carrozzina/poltrona ☐ necessita dell'uso del sollevatore
Utilizzo ausili per la deambulazione*	☐ bastone ☐ deambulatore / girello ☐ carrozzina ☐ altro
Incontinenza urinaria	☐ NO ☐ SI
Catetere vescicale	☐ NO ☐ SI

Incontinenza fecale	☐ NO ☐ SI ☐ Stomia, sede:.....
Ossigenoterapia	☐ NO ☐ SI: ☐ continua ☐ discontinua
Tracheostomia	☐ NO ☐ SI
Lesioni da pressione	☐ NO ☐ SI Sede:Stadio: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV Sede:Stadio: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV
Altre lesioni cutanee (incluse ferite chirurgiche)	☐ NO ☐ SI, sede:

Cadute ricorrenti	☐ NO ☐ SI Specificare:
-------------------	---

DEFICIT SENSORIALI

Ipovisione/cecità	☐ NO ☐ SI Specificare:
Ipoacusia	☐ NO ☐ SI ☐ Corretta con protesi

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

Deficit di memoria	☐ NO ☐ SI	Disorientamento ☐ NO ☐ temporale ☐ spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	☐ NO ☐ SI, di che tipo:	
Crisi d'ansia / attacchi di panico	☐ NO ☐ SI	Deflessione del tono dell'umore ☐ NO ☐ SI
Deliri	☐ NO ☐ SI	Allucinazioni ☐ NO ☐ SI
Aggressività	☐ NO ☐ SI: ☐ fisica ☐ verbale	
Disturbi del sonno	☐ NO ☐ SI ☐ Inversione ritmo sonno-veglia	
Wandering (cammino afinalistico) /affaccendamento	☐ NO ☐ SI	Tentativi di allontanamento inconsapevole /tentativo di fuga ☐ NO ☐ SI
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	☐ NO ☐ SI, di che tipo:	
Etilismo/potus	☐ NO ☐ SI: ☐ attuale ☐ pregresso	
Abuso/dipendenza da sostanze:	☐ NO ☐ SI: ☐ attuale ☐ pregresso Di che tipo:	
Tentato suicidio	☐ NO ☐ SI: indicare la data:/ /	
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici	☐ NO ☐ SI:	
Eventuali note e osservazioni:		

PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

Autonomia nell'alimentazione	☐ senza aiuto/sorveglianza ☐ necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.) ☐ necessita di aiuto costante nell'alimentarsi /necessita di imboccamento		
Edentulia	☐ NO ☐ SI:	Protesi: ☐ Inferiore ☐ Superiore Scheletrato: ☐ Inferiore ☐ Superiore	
Rifiuto del cibo	☐ NO ☐ SI		
Disfagia	☐ NO ☐ SI	Cibi frullati o omogeneizzati	☐ NO ☐ SI
Dieta specifica	☐ NO ☐ SI, di che tipo:		
Peso corporeo: kg		Altezza: cm	
Eventuali note e osservazioni:			
.....			

Allergie	☐ non note ☐ NO ☐ SI, di che tipo:
----------	---

TERAPIA

- ☐ Non assume terapia farmacologica
☐ Terapia in atto ed orari di somministrazione:

NOME FARMACO	DOSAGGIO	QUANTITÀ	TIPO	ORARIO DI ASSUNZIONE

EVENTUALI TERAPIE OCCASIONALI/AL BISOGNO (SPECIFICARE L'INDICAZIONE)

.....

.....

.....

.....

ALTRI TRATTAMENTI TERAPEUTICI E/O EVENTUALI APPROFONDIMENTI:

.....

.....

.....

.....

Nome e Cognome medico curante: Recapito tel. diretto..... fax e-mail diretta: @.....	Timbro e firma del medico curante
---	--

Data di compilazione:/ / 20.....