

### Sintesi della condizione clinica attuale

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Altezza \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Persona di riferimento \_\_\_\_\_ Recapiti \_\_\_\_\_

Il paziente si trova attualmente:

Domicilio

Reparto ospedaliero \_\_\_\_\_ (recapiti) \_\_\_\_\_

Struttura riabilitativa \_\_\_\_\_ (recapiti) \_\_\_\_\_

Struttura residenziale \_\_\_\_\_ (recapiti) \_\_\_\_\_

Prospettive di rientro a domicilio:  certo  probabile  improbabile  escluso

Diagnosi attuale \_\_\_\_\_

Data di insorgenza della patologia per cui si richiede il ricovero \_\_\_\_\_

Anamnesi patologica significativa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Dati clinici:

- Il paziente attualmente è:  cosciente  SMC  SV  coma;  
 collaborante  non collaborante  orientato  disorientato
- Disturbi del comportamento/agitazione:  NO  SI \_\_\_\_\_
- Malattie infettive e contagiose in atto:  NO  SI \_\_\_\_\_
- Allergie a farmaci:  NO  SI (specificare) \_\_\_\_\_
- Terapia farmacologica in atto (specificare tipo e posologia):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Altre terapie specifiche in atto:  dialisi  
 chemioterapia \_\_\_\_\_  
 radioterapia \_\_\_\_\_  
 altro \_\_\_\_\_
- Lesioni da decubito:  SI (sede e stadio) \_\_\_\_\_  
 NO
- Altre ulcere cutanee:  NO  SI \_\_\_\_\_

- **Respiro:**  autonomo  autonomo mediante tracheocannula  
 meccanico \_\_\_\_\_  
 O2 terapia (se si specificare) \_\_\_\_\_
- **Nutrizione:**  os (specificare tipologia vitto) \_\_\_\_\_  
 SNG (specificare tipo e quantità) \_\_\_\_\_  
 PEG (specificare tipo e quantità) \_\_\_\_\_  
 Parenterale
- **Apparato urinario:**  continente  pannolone  urocondom  catetere vescicale
- **Alvo:**  regolare  diarrea  
 stipsi (specificare trattamento abituale) \_\_\_\_\_
  
- **Apparato cardio-vascolare:**  
P.A. \_\_\_\_\_ Frequenza \_\_\_\_\_  
 compenso cardiocircolatorio  scompenso (classe NYHA \_\_\_\_\_)
- **Arteriopatie periferiche:**  NO  SI
- **Trombosi venose:**  NO  
 Pregresse (specificare) \_\_\_\_\_  
 In atto (specificare) \_\_\_\_\_

Ausili propri:  carrozzina  deambulatore  
 respiratore automatico \_\_\_\_\_

ortesi/posizionamenti \_\_\_\_\_

Funzionalità motoria : spontaneamente si muove nel letto  NO  SI

cambia postura da solo  NO  SI  con aiuto

Può mantenere la posizione seduta:  NO  SI

Può caricare sugli arti inferiori:  NO  SI

Cammina:  NO  SI

autonomo  con assistenza  con aiuto

senza appoggio  con appoggio

pochi passi  fino a 10mt  più di 10mt

Usa efficacemente le mani:  NO  SI

Data

Timbro e firma del medico

Recapiti del medico