



**FONDAZIONE OSPEDALE GIUSEPPE ARAGONA
ISTITUTO GERIATRICO E RIABILITATIVO - ONLUS**

Viale Grasselli Barni 47, 26037 San Giovanni in Croce – Cremona
Tel. 0375/310438 Fax 0375/310053 - C.F./P.I. 00296100191
www.ospedalearagona.org - direzioneamministrativa@ospedalearagona.org
direzione generale@pec.ospedalearagona.org direzione sanitaria@pec.ospedalearagona.org

SCHEDA SANITARIA

(da compilare a cura del medico di base)

A) – DATI DEL PAZIENTE

Cognome **Nome**

Nato/a a **Prov.** **il**

Residente a **Prov.**

In via

Peso **Altezza** **Telefono**

B) ANAMNESI (soprattutto in riferimento ai ricoveri ospedalieri):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

C) IL PAZIENTE E' STATO MAI RICOVERATO IN REPARTI PSICHIATRICI?

- NO SI, IN PASSATO SI, RECENTEMENTE

D) SITUAZIONE CLINICA ATTUALE:

.....
.....
.....

E) CONDIZIONI PSICHICHE:

1. Lucide
2. fasi di confusione
3. Persistente disorientamento spazio-temporale
4. Fasi di agitazione psico-motoria
5. Inversione di ritmo sonno-veglia

G) COMPENSO CARDIO-CIRCOLATORIO:

1. Soddisfacente
2. In equilibrio farmacologico
3. Scompensato

H) ALIMENTAZIONE:

1. Autonoma
2. Con piccolo aiuto
3. Con necessità di essere imboccato

I) STATO METABOLICO-NUTRIZIONALE:

1. Soddisfacente
2. In equilibrio farmacologico
3. Scompensato
4. Carente apporto nutrizionale

L) INCONTINENZA:

- | | |
|---------------------------|-----------------|
| (1) URINARIA | (2) FECALE |
| 1.1 Assente | 1.1 Assente |
| 1.2 Occasionale | 1.2 Occasionale |
| 1.3 Abituale | 1.3 Abituale |
| 1.4 Catetere a permanenza | |

M) DEAMBULAZIONE:

1. Cammina da solo/a
2. Cammina con l'aiuto di
3. Si sposta in carrozzella: a) da solo b) con aiuto
4. E' allettato: specificare da quanto tempo:

Motivo della ridotta mobilità:

O) E' ESENTE DA MALATTIE INFETTIVE E PUO' VIVERE IN COMUNITA'?

- SI NO

P) ABUSA DI SOSTANZE ALCOLICHE?

- NO, MAI SI, IN PASSATO SI, ATTUALMENTE

Q) RICHIEDE TRATTAMENTO RIABILITATIVO?

- SI NO

Specificare:.....

R) ATTUALMENTE LA PERSONA SI TROVA:

1. Presso l'Ospedale di
2. presso la Casa di Riposo / CDI di
3. presso il familiare
4. a casa propria, da sola.
5. a casa propria, assistita da

S) TERAPIA IN ATTO E ORARI DI SOMMINISTRAZIONE:

.....

Data

Firma del Medico di Base