



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

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
direzionegenerale@pec.ospedalearagona.org direzionesanitaria@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

1.1 Assente

1.2 Occasionale

1.3 Abituale

1.4 Catetere a permanenza

(2) FECALE

1.1 Assente

1.2 Occasionale

1.3 Abituale

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