

## SCHEDA CLINICA INFORMATIVA per il trasferimento del paziente

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> in Riab. SPECIALISTICA<br><input type="checkbox"/> in Riab. MANTENIMENTO<br><input type="checkbox"/> in Riab. GENERALE / GERIATRICA | <input type="checkbox"/> in RSA ed altre Strutture Socio-Sanitarie<br><input type="checkbox"/> a Domicilio |
|--|--|

<b>Cognome e Nome paziente</b>	.....		
nato/a	.....	il	.....
Comune di residenza .....			
Indirizzo .....			
CODICE FISCALE.....			

<b>Sintesi diagnostica</b>	➔	..... ..... .....
<b>Evento indice e data insorgenza</b>	➔	..... .....
<b>Altre Patologie in atto ed eventuali allergie</b>	➔	..... ..... .....
<b>Terapia in atto</b>	➔	..... ..... .....

**Disfagia**    Si  No       **Afasia/disartria**    Si  No

**Nutrizione**       per os       Sondino n-g     PEG       Parenterale

**Respirazione**     normale       Ossigeno       Ventilazione meccanica       con tracheostomia

**Aspirazione secrezioni bronchiali**    Si  No

**Presenza deficit sensoriali**     Visivi     Uditivi

**Portatore di:**

<input type="checkbox"/> Pace Maker	<input type="checkbox"/> Catetere perdurale	<input type="checkbox"/> Catetere venoso centrale	<input type="checkbox"/> Pompa elastomerica
<input type="checkbox"/> Tracheostomia	<input type="checkbox"/> Urostomia	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Catetere vescicale
<input type="checkbox"/> Protesi	<input type="checkbox"/> Ortesi	Quali:.....	

**Presenza Piaghe da decubito**    Si  No       **Eventuali sedi**    .....

**Altre lesioni:**                            Si  No                             .....

Segue ➔

<b>STATO DI COSCIENZA</b>	<input type="checkbox"/> Vigile	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo verbale	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo doloroso	<input type="checkbox"/> Non risponde
<b>Eventuale punteggio Glasgow Coma Scale</b>	.....			
<b>Deterioramento cognitivo</b>	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> lieve/moderato	<input type="checkbox"/> grave	
<b>Comprensione ordini semplici</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
<b>Disturbi del comportamento</b>	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> lievi/moderati	<input type="checkbox"/> gravi	
<b>↪ Specificare</b>	..... ..... .....			

## ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

	Indipendente	Parzialmente Dipendente	Totalmente Dipendente	
<b>Capacita' di fare il bagno</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Capacita' di vestirsi</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Uso dei servizi</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Continenza Sfinterica</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Capacita' di alimentarsi</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Cammina</b>	<input type="checkbox"/> da solo	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> protesi- ausili	<input type="checkbox"/> usa carrozzella
<b>Allettato</b>	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Se si, specificare da quanto tempo	mesi.....	anni.....

## SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE

<b>Abitazione</b>	<input type="checkbox"/> Idonea	<input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche	
<b>Vive solo</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
<b>Supporto familiare /caregiver</b>	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

<b>E' già stato sottoposto a terapia riabilitativa?</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<b>↪ Con quali risultati?</b>	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Parziale <input type="checkbox"/> Nullo

<b>Attuale capacita' di collaborazione ad interventi riabilitativi:</b>	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente
<b>Orientamento sulle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni:</b>	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

**Struttura inviante**

**In fede**

.....  
☎.....

.....  
(timbro e firma del Medico)

Luogo e data,.....



Istituto per Anziani "Isidoro Cappelletti" ONLUS Poggio Rusco

## UCLA Neuropsychiatric Inventory (NPI)

(Cummings JL, Mega M, Gray K, Roseberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J: *Neurology* 1994;44:2308-2314)

MOD: 128

REV. 0 del 04/01/2017

OSPITE \_\_\_\_\_

	N.A.	Frequenza (a)	Gravità (b)	a x b	Distress
<b>Deliri</b>	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Allucinazioni</b>	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Agitazione</b>	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Depressione/disforia</b>	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Ansia</b>	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Euforia/esaltazione</b>	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Apatia/indifferenza</b>	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Disinibizione</b>	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Irritabilità/labilità</b>	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Attività motoria</b>	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Sonno</b>	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Disturbi dell'appetito e dell'alimentazione</b>	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]

Frequenza 0=mai  
1=raramente  
2=talvolta  
3=frequentemente  
4=quasi costantemente

Gravità 1=lievi (non producono disturbo al paziente).  
2=moderati (comportano disturbo per il paziente).  
3=severi (richiedono la somministrazione di farmaci; sono molto disturbanti per il paziente).

Stress emotivo o psicologico 0= Nessuno  
1= Minimo  
2= Lieve  
3= Moderato  
4= Severo  
5= Grave

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_