

SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO I CDI ASL MILANO

La scheda sanitaria di ingresso è valida per l'inserimento in tutti i Centri Diurni Integrati del territorio dell'ASL Milano. 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* | <input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento <input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante per la deambulazione <input type="checkbox"/> necessita di aiuto per la mobilizzazione in carrozzina/poltrona <input type="checkbox"/> necessita dell'uso del sollevatore |
| Utilizzo ausili per la deambulazione* | <input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> deambulatore / girello <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> altro..... |
| Incontinenza urinaria | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Catetere vescicale | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Incontinenza fecale | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Stomia, sede:..... |

| | |
|---|--|
| Ossigenoterapia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> continua <input type="checkbox"/> discontinua |
| Tracheostomia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Lesioni da pressione | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede:Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV Sede:Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV |
| Altre lesioni cutanee (incluse ferite chirurgiche) | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede: |

| | |
|-------------------|---|
| Cadute ricorrenti | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Specificare: |
|-------------------|---|

DEFICIT SENSORIALI

| | |
|-------------------|---|
| Ipovisione/cecità | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Specificare: |
| Ipoacusia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Corretta con protesi |

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

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

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

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

ALTRI TRATTAMENTI TERAPEUTICI E/O EVENTUALI APPROFONDIMENTI:

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

| | |
|--|--|
| <p>Nome e Cognome medico curante:</p> <p>Recapito</p> <p>tel. diretto.....</p> <p>fax</p> <p>e-mail diretta:@.....</p> | <p>Timbro e firma del medico curante</p> |
|--|--|

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