

DEFICIT SENSORIALI :

- grave deficit visivo (anche con correzione)
- grave deficit uditivo (anche con correzione)

Note : _____

DEAMBULAZIONE :

- normale
- cammina con aiuto o assistenza
- presenta rischio di caduta
- costretto a letto, poltrona o carrozzella

Note : _____

INCONTINENZA :

- | | | | | | | | |
|----------|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|------------|
| | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO | | | |
| Urinaria | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | saltuaria | <input type="checkbox"/> | permanente |
| Fecale | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | saltuaria | <input type="checkbox"/> | permanente |
| | <input type="checkbox"/> | | | | catetere vescicale | <input type="checkbox"/> | colostomia |

Note : _____

ALIMENTAZIONE :

- autonoma
- deve essere imboccato
- presenta disfagia
- presenza di PEG

Presenza di magrezza patologica : SI NO

Note : _____

DISTURBI MOTORI :

Paralisi / paresi di : _____

- | | | | | |
|------------------------|--------------------------|----|--------------------------|----|
| Instabilità motoria : | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| Deficit equilibrio : | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| Tendenza alle cadute : | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

Note : _____

VALUTAZIONE PSICO-RELAZIONALE :

Disturbi importanti della memoria :	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Orientamento tempo / spaziale :	<input type="checkbox"/>	normale	<input type="checkbox"/>	patologico
Episodi di disorientamento t/s :	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Disorientamento costante :	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Disturbi della parola :	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Disturbi della comunicazione :	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO

Note : _____

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO :

Agitazione psico-motoria :	<input type="checkbox"/>	costante	<input type="checkbox"/>	saltuaria
Aggressività :	<input type="checkbox"/>	verbale	<input type="checkbox"/>	fisica
Deambulazione afinalistica :	<input type="checkbox"/>	fughe	<input type="checkbox"/>	wandering
Insonnia :	<input type="checkbox"/>			
Inversione del ritmo sonno / veglia :	<input type="checkbox"/>			

Utilizzo di psicofarmaci (specificare) _____

TONO DELL' UMORE : normale depresso euforico

Pratica / ha praticato terapie antidepressive SI NO

Note : _____

PRESENZA DI LESIONI CUTANEE: SI NO

Sedi e attuali medicazioni : _____

ALLERGIE : _____

OSSERVAZIONI :

Data compilazione

____ / ____ / ____

Timbro e firma leggibile
MMG / Medico Curante
