

## SCHEMA SANITARIA - a cura del medico

\* COGNOME \_\_\_\_\_

\* NOME \_\_\_\_\_

\* Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*Sesso M F

\* Residente \_\_\_\_\_

\* in via \_\_\_\_\_

\* Cittadinanza \_\_\_\_\_

\* Codice fiscale \_\_\_\_\_

\* Percentuale di invalidità \_\_\_\_\_ %

\*Indennità di accompagnamento SI NO

\* Codice esenzione ticket \_\_\_\_\_

\*N° Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_

\* Campi obbligatori

### A - ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA E PROSSIMA

1

- ① assente Nessuna compromissione di organo/sistema.
- ② lieve La compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto o no, la prognosi è eccellente (es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi).
- ③ moderato La compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività, la prognosi è buona (es. acolelitiasi, diabete, fratture).
- ④ grave La compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco).
- ⑤ molto grave La compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto del miocardio, stroke, embolia).

Revisione del 01/06/2022

Valle Camonica Solidale – Società Cooperativa Sociale ONLUS

Sede Legale: Viale dei Castagni, 2 – 25040 LOZIO (BS) – Tel 0364.494311 – Fax 0364.495007

Sede Amministrativa: Via Romolo Galassi, 30 – 25047 DARFO BOARIO TERME (BS) – Tel 0364.532650 – Fax 0364.529845

C.F./P.IVA 03214740981 – N. REA BS-514877 – email pec: vallecamonicasolidale@pec.it email: info@vallecamonicasolidale.it

	<b>PATOLOGIE IN ATTO</b>	<b>DIAGNOSI</b> (Quadro da compilarsi obbligatoriamente)	<b>PUNTEGGIO</b>
1	<b>CARDIACA</b> (solo cuore)		① ② ③ ④ ⑤
2	<b>IPERTENSIONE</b> (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)		① ② ③ ④ ⑤
3	<b>VASCOLARI</b> (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)		① ② ③ ④ ⑤
4	<b>RESPIRATORIE</b> (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)		① ② ③ ④ ⑤
5	<b>O.O.N.G.L.</b> (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)		① ② ③ ④ ⑤
6	<b>APPARATO GASTRO ENTERICO SUPERIORE</b> (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)		① ② ③ ④ ⑤
7	<b>APPARATO GASTRO ENTERICO INFERIORE</b> (intestino, ernie)		① ② ③ ④ ⑤
8	<b>EPATOPATIE</b> (solo fegato)		① ② ③ ④ ⑤
9	<b>RENALI</b> (solo rene)		① ② ③ ④ ⑤
10	<b>ALTRE PATOLOGIE GENITO-URINARIE</b> (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)		① ② ③ ④ ⑤
11	<b>SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRO-CUTE</b> (muscoli, scheletro, tegumenti)		① ② ③ ④ ⑤
12	<b>SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO</b> (non include la demenza)		① ② ③ ④ ⑤
13	<b>ENDOCRINE-METABOLICHE</b> (include diabete, infezioni, stati tossici)		① ② ③ ④ ⑤
14	<b>PSICHIATRICO-COMPORTAMENTALI</b> (demenza, psicosi, depressione, ansia, agitazione)		① ② ③ ④ ⑤

2

## B - VALUTAZIONE DELL'AUTOSUFFICIENZA

<b>FUNZIONE</b>	Dipendenza completa	Dipendenza grave	Dipendenza moderata	Dipendenza lieve	Autosufficienza
<b>Locomozione</b>	①	②	③	④	⑤
<b>Locom. su sedia a rotelle</b>	①	②	③	④	⑤
<b>Scale</b>	①	②	③	④	⑤

Revisione del 01/06/2022

Valle Camonica Solidale – Società Cooperativa Sociale ONLUS

Sede Legale: Viale dei Castagni, 2 – 25040 LOZIO (BS) – Tel 0364.494311 – Fax 0364.495007

Sede Amministrativa: Via Romolo Galassi, 30 – 25047 DARFO BOARIO TERME (BS) – Tel 0364.532650 – Fax 0364.529845

C.F./P.IVA 03214740981 – N. REA BS-514877 – email pec: vallecamonicasolidale@pec.it email: info@vallecamonicasolidale.it

Traferimento letto/sedia	①	②	③	④	⑤
Uso del wc	①	②	③	④	⑤
Continenza intestinale	①	②	③	④	⑤
Continenza urinaria	①	②	③	④	⑤
Alimentazione	①	②	③	④	⑤
Vestirsi	①	②	③	④	⑤
Igiene personale	①	②	③	④	⑤
Bagno / doccia	①	②	③	④	⑤
<b>DISTURBI DEL COMPORTAMENTO</b>	<b>grave</b>	<b>moderato</b>	<b>lieve</b>	<b>assente</b>	
Confusione	①	②	③	④	
Irritabilità	①	②	③	④	
Irrequietezza	①	②	③	④	

### C - VALUTAZIONE DEL SENSORIO

3

ASPETTI PSICOSENSORIALI	assente	limitata	integra
Capacità di comunicare	①	②	③
Vista	①	②	③
Udito	①	②	③

### D – ULTERIORI ELEMENTI DI INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

Neoplasia maligna	① no	② si
AIDS	① no	② si
Malattie progressive SNC	① no	② si

Accidenti cerebrali:	① no	② recenti	③ pregressi
Esiti: ① afasia ② disfasia	① emi ② para ③ tetra	① paresi ② plegia	

Revisione del 01/06/2022

Valle Camonica Solidale – Società Cooperativa Sociale ONLUS

Sede Legale: Viale dei Castagni, 2 – 25040 LOZIO (BS) – Tel 0364.494311 – Fax 0364.495007

Sede Amministrativa: Via Romolo Galassi, 30 – 25047 DARFO BOARIO TERME (BS) – Tel 0364.532650 – Fax 0364.529845

C.F./P.IVA 03214740981 – N. REA BS-514877 – email pec: vallecamonicasolidale@pec.it email: info@vallecamonicasolidale.it

Trauma / intervento chirurgico	① no	② frattura femore	③ altre fratture
	④ protesi anca	⑤ interv. chirurgici	⑨ altro

### Lesioni da decubito

Stadiazione decubito		Superficiale no ① ② si		Sottocutaneo no ① ② si		Profondo no ① ② si	
Ausili prevenzione lesioni		Letto no ① ② si		Materassino no ① ② si			
Dipendenza	① no	② alcool	③ stupefacenti	⑨ altro			

### Ausili per la gestione dell'insufficienze funzionali già in uso

<b>Ausili per il movimento</b>	Bastone/gruccia no ① ② si	Arto artificiale no ① ② si	Carrozzina no ① ② si
<b>Gestione incontinenza</b>	Presidi assorbenti no ① ② si	Catetere vescicale no ① ② si	Ano artificiale no ① ② si
<b>Gestione diabete</b>	Solo dieta no ① ② si	Antidiabetici orali no ① ② si	Insulina no ① ② si
<b>Alimentazione artificiale</b>	Sondino no ① ② si	PEG no ① ② si	Parenterale totale no ① ② si
<b>Insufficienza respiratoria</b>	O <sup>2</sup> intermittente no ① ② si	O <sup>2</sup> costante no ① ② si	Ventilatore no ① ② si
<b>Dialisi</b>	Peritoneale no ① ② si	Extracorporea no ① ② si	

### D - ALTRI PROBLEMI CLINICI

- Nessuno
- Trattamento emodialitico
- Trattamento dialitico peritoneale
- Tracheotomia

Revisione del 01/06/2022

Valle Camonica Solidale – Società Cooperativa Sociale ONLUS

Sede Legale: Viale dei Castagni, 2 – 25040 LOZIO (BS) – Tel 0364.494311 – Fax 0364.495007

Sede Amministrativa: Via Romolo Galassi, 30 – 25047 DARFO BOARIO TERME (BS) – Tel 0364.532650 – Fax 0364.529845

C.F./P.IVA 03214740981 – N. REA BS-514877 – email pec: vallecamonicasolidale@pec.it email: info@vallecamonicasolidale.it

- Ozono terapia con Ozono liquido
- Ozono terapia con Ozono gassoso
- Ventilazione polmonare assistita
- Coma o stato neurovegetativo
- Radioterapia
- Chemioterapia
- Catetere vescicole
- Ano preternaturale

## E - DISTURBI COGNITIVI E COMPORTAMENTALI - UMORE

- Nessuno
- Anamnesi
- Disorientamento tempo/spazio
- Ansia
- Depressione
- Deliri (di persecuzione, gelosia, ecc.)
- Allucinazioni
- Agitazione psicomotoria diurna
- Agitazione psicomotoria notturna
- Vagabondaggio
- Insonnia
- Affaccendamento
- Aggressività – auto e/o eterodiretta
- Urla e lamentazioni ripetitive
- In cura presso servizi psichiatrici
- Tentati suicidi
- Eventuali
- note: \_\_\_\_\_

## F - ALIMENTAZIONE

- Disfagia
- Malnutrizione
- Obesità
- Abbisogna di cibi frullati e/o omogeneizzati

## G - TERAPIA RIABILITATIVA IN CORSO

- 1 - NO       2 - SI

## H - VALUTAZIONE DELLA STABILITÀ CLINICA DEL PAZIENTE

- STABILE** : con monitoraggio medico-infermieristico programmabile di routine mensilmente o più.
- Moderatamente STABILE**: con monitoraggio medico-infermieristico e strumentale programmabile più volte al mese, meno di una volta la settimana.
- MODERATAMENTE INSTABILE**: con monitoraggio medico-infermieristico e strumentale programmabile da una a più volte la settimana.
- INSTABILE**: con monitoraggio medico-infermieristico e strumentale da quotidiano a pluriquotidiano.

6

## I - TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Allergia a farmaci

Revisione del 01/06/2022

Valle Camonica Solidale – Società Cooperativa Sociale ONLUS

Sede Legale: Viale dei Castagni, 2 – 25040 LOZIO (BS) – Tel 0364.494311 – Fax 0364.495007

Sede Amministrativa: Via Romolo Galassi, 30 – 25047 DARFO BOARIO TERME (BS) – Tel 0364.532650 – Fax 0364.529845

C.F./P.IVA 03214740981 – N. REA BS-514877 – email pec: vallecamonicasolidale@pec.it email: info@vallecamonicasolidale.it

1 – NO

2 - Sì

Se si quali \_\_\_\_\_

## L - VACCINAZIONI

Anti Covid-19: 1° dose il \_\_\_\_\_ 2 ° dose il \_\_\_\_\_ 3 ° dose il \_\_\_\_\_

4° dose il \_\_\_\_\_

Antinfluenzale: il \_\_\_\_\_

Anti pneumococco: il \_\_\_\_\_

Altri: \_\_\_\_\_

## GIUDIZIO SINTETICO

<b>AUT</b> osufficiente ①	<b>Non Autosuff. Parziale</b> ②	<b>Non Autosuff. Totale</b> ③	<b>Evolutività clinica rapida</b> ④
------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

Primo contatto in R.S.A. / R.S.D. avuto con sig/sig.ra

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico

\_\_\_\_\_

7