

Cigognola, lì ___/___/___ Prot. n° ___/___ LISTA DI ATTESA annullato IL ___/___/___

QUESTIONARIO MEDICO (da compilarsi a cura del Medico Curante)

Sig. _____ nat_ il _____ a _____

LEGENDA: **A:assente;** **L: lieve-** trattamento facoltativo; prognosi eccellente; **M:moderata** – trattamento necessario; prognosi buona; **G:grave;** è invalidante – trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata; **MG: molto grave;** trattamento di emergenza; può essere letale; prognosi grave.

AREA	GRAVITA'				
PATOLOGIE CARDIACHE	A	L	M	G	MG
Diagnosi:.....					
IPERTENSIONE (si valuta la severità)	A	L	M	G	MG
Diagnosi:.....					
APPARATO VASCOLARE (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	A	L	M	G	MG
Diagnosi:.....					
APPARATO RESPIRATORIO	A	L	M	G	MG
Diagnosi:.....					
OCCHI / ORL (orecchio, naso, gola, laringe)	A	L	M	G	MG
Diagnosi:.....					
APPARATO DIGERENTE SUPERIORE (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas)	A	L	M	G	MG
Diagnosi:.....					
APPARATO DIGERENTE INFERIORE (intestino, ernie; segnalare anche stipsi ed incontinenza fecale)	A	L	M	G	MG
Diagnosi:.....					
FEGATO	A	L	M	G	MG
Diagnosi:.....					
RENE	A	L	M	G	MG
Diagnosi:.....					
APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO-URINARIE (mammelle, uteri, vescica, uretra, prostata, genitali; segnalare anche incontinenza urinaria)	A	L	M	G	MG
Diagnosi:.....					
APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE (segnalare anche le ulcere da decubito)	A	L	M	G	MG
Diagnosi:.....					
PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non includere la demenza)	A	L	M	G	MG
Diagnosi:.....					

PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO-METABOLICO (diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	A	L	M	G	MG
--	---	---	---	---	----

Diagnosi:.....

STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi:.....

ALTRI PROBLEMI CLINICI			
DESCRIZIONE	NO	SI	Se SI indicare:
Lesioni da decubito	NO	SI	Sede: stadio:
Dialisi	NO	SI	Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi.
Insufficienza respiratoria/OSSIGENOTERAPIA	NO	SI	Ossigenoterapia: Ventilatore: Durata orario ossigenoterapia:
Alimentazione artificiale	NO	SI	SNG: PEG: Parenterale totale:
Gestione incontinenza	NO	SI	Presidi assorbenti. Ano artificiale: catetere vescicale: Tipo catetere: data ultimo posizionamento:
Ausili per il movimento	NO	SI	Bastone e/o deambulatore: Carrozzina:
Protesi	NO	SI	Dentale: Acustica: occhiali: Altro:
Disorientamento tempo/spazio	NO	SI	Note:
Vagabondaggio	NO	SI	Note:
Agitazione psico-motoria	NO	SI	Note:
Inversione ritmo sonno-veglia	NO	SI	Note:
Stato nutrizionale insoddisfacente	NO	SI	Obesità: Sottopeso:
Allergie a farmaci	NO	SI	Specificare:
Allergie ad alimenti	NO	SI	Specificare:
Tentativi di fuga	NO	SI	Specificare:
Fumo	NO	SI	Specificare:
Alcool	NO	SI	Specificare:

TERAPIA IN ATTO		
FARMACO	QUANTITA'	ORE

INDICE DI BARTHEL modificato

<i>attività</i>	Incapace di compiere l'azione	Tentativi non affidabili	Richiede aiuto moderato	Richiede aiuto minimo	Indipendente
Igiene personale					
Fare il bagno					
mangiare					
Usare il wc					
Fare le scale					
Vestirsi					
Controllo urine					
Controllo alvo					
Camminare					
Carrozzina (compilare solo se incapace a camminare)					
Trasferimenti					

Vaccinazione anti covid-19: NO si, 1° dose __/__/__, 2°dose __/__/__, 3° dose __/__/__

Malattia da covid-19: NO si, guarito il __/__/__ (data del 1° tampone negativo)

Altre notizie utili da segnalare.....

Si certifica che il paziente Sig. non è affetto da malattia infettiva e/o contagiosa e può quindi vivere in comunità.

A completamento del presente Q. M. si trasmette "Mini Mental Examination State" che si dichiara di aver compilato: si, con risultato pari a ___/30 no, perché non necessario.

*In caso di **soggetti con declino cognitivo o disturbi del comportamento**, ai fini dell'inserimento in lista di attesa **per il Nucleo Alzheimer**, è necessaria diagnosi certa di demenza certificata da Medici Specialisti (neurologi, geriatri o psichiatri) o da strutture pubbliche, possibilmente corredata dai valori di MMSE e UCLA. , da allegare.*

Data:.....

Il Medico Curante
(Timbro e firma leggibile)

Recapito telefonico del Medico
(per eventuali comunicazioni da parte dei Medici della RSA)

Parte riservata all'Equipe della RSA - (da compilarsi solamente in caso di ingresso dell'Ospite)

Visto dal FKT in data per quanto di competenza. Firma

Visto da Animazione in data per quanto di competenza. Firma

Visto da IP in data per quanto di competenza. Firma

Visto da Coord. ASA..... in data per quanto di competenza. Firma

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

(Folstein M.F., Folstein S., McHugh P.R., J.Psychiatr.Res;12:189-198, 1975)

Somministrato a: cognomenomeetà**Legenda:** LIVELLO DI COSCIENZA DEL PAZIENTE: (1) Allerta (2) Assopito (3) Stupor (4) Coma**1. Orientamento temporo-spaziale**

Il paziente sa riferire il giorno del mese, l'anno, il mese, il giorno della settimana e la stagione.

[0] [1] [2] [3] [4] [5]

Il paziente sa riferire il luogo in cui si trova, a quale piano, in quale città, regione, stato.

[0] [1] [2] [3] [4] [5]

2. Memoria

L'esaminatore pronuncia ad alta voce tre termini (casa, pane, gatto) e chiede al paziente di ripeterli immediatamente.

[0] [1] [2] [3]

L'esaminatore deve ripeterli fino a quando il paziente non li abbia imparati (max 6 ripetizioni).

Tentativi n. _____

3. Attenzione e calcolo

Far contare per sette all'indietro, partendo da 100. Fermarsi dopo le prime 5 risposte.

Se il paziente avesse difficoltà di calcolo, far scandire all'indietro la parola "MONDO" una lettera alla volta.

[0] [1] [2] [3] [4] [5]

4. Richiamo delle tre parole

Richiamare i tre termini precedentemente imparati. [0] [1] [2] [3]

5. Linguaggio

Il paziente deve riconoscere due oggetti.

Come si chiama questo? (indicando una matita). Come si chiama questo? (indicando un orologio).

[0] [1] [2]

Invitare il paziente a ripetere la frase:

"TIGRE CONTRO TIGRE".

[0] [1]

Esecuzione di un compito su comando.

Invitare il paziente ad eseguire correttamente i seguenti ordini: a) prenda un foglio con la mano destra, b) lo pieghi a metà, c) e lo butti dal tavolo. [0] [1] [2] [3]

Presentare al paziente un foglio con la seguente scritta: "Chiuda gli occhi".

Invitare il paziente ad eseguire il comando indicato [0] [1]

Far scrivere al paziente una frase formata almeno da soggetto e verbo. [0] [1]

Far copiare al paziente il disegno indicato. [0] [1]

PUNTEGGIO COMPLESSIVO (dato dalla somma) _____/30