

MOBILITÀ

Normale

Cammina con aiuto

Ausilio strumentale Se sì quale

Costretto su sedia

Costretto su letto

Fa le scale No Sì

È in grado di usare la toilette da solo No Sì

ALTRE INFORMAZIONI

Necessita di terapie infermieristiche aggiuntive (a pagamento) No Sì

Se sì quali

Allergie note No Sì Se sì quali

Portatore di altre protesi No Sì Se sì quali

Portatore di pace-maker No Sì

Stato nutrizionale

Peso:

sottopeso di grado severo sottopeso normale sovrappeso

obesità di primo grado obesità di secondo grado obesità di terzo grado

Difficoltà di masticazione No Sì

Mangia da solo No Sì

Assunzione di Alcool No Moderato Elevato

Dieta eventuale (descrizione sommaria. La dieta firmata dal medico competente dovrà essere consegnata alla
Coordinatrice del Servizio prima del primo sollievo richiesto)

.....
.....

Vista deficit No Sì Corretto Non corretto Glaucoma Altro

Udito deficit No Sì Corretto Non corretto Lieve Grave

Tipo di alvo

Incontinenza urinaria No Saltuaria Permanente

Portatore di catetere No Sì

Utilizza il pannolone No Sì

Incontinenza fecale No Saltuaria Permanente

Piaghe da decubito No Sì Superficiali Profonde

Disturbi neuropsichici

Specificare:

- Del linguaggio Se sì quali
- Della comprensione Se sì quali
- Della memoria Se sì quali
- Dell'orientamento spaziale Se sì quali
- Dell'orientamento temporale Se sì quali
- Del sonno Se sì quali
- Del comportamento Se sì quali
- Dell'umore Se sì quali

Eventuali altre problematiche sanitarie

.....

.....

.....

.....

.....

Data

Firma e timbro del medico

.....