



## SCHEMA SANITARIA DI ACCOGLIENZA

MO

**COGNOME**..... **NOME**.....

**Luogo e data di nascita:**.....

**Provenienza:**  ospedale  casa  altra struttura.....

**Condizioni generali:**  buone  discrete  mediocri  scadenti

**Situazione cognitiva:**  normale  lieve deterioramento  grave deterioramento

**Stato psichico:**  normale  ansioso  depresso  disorientato  agitato

**Allettato:**  si  no **Mobilizzazione:**  si  no

**Mobilizzazione dal letto:**  si alza da solo  deve essere aiutato

**Deambulazione:**  autonoma  assistita **Rischio cadute:**  si  no

**Ausili:**  bastone  girello  carrozzina  accompagnatore

**Mezzi di protezione:**  no  si.....

**Decubiti:**  no  si.....

**Vista:**  vede bene( anche con lenti)  parzialmente conservata  non vedente

**Udito:**  sente bene( anche con protesi)  parzialmente conservato  non udente

**Parola:**  conservata  difficoltà nell'espressione verbale

**Igiene personale:**  autonomo  parzialmente autonomo  non autosufficiente

**Vestizione:**  autonomo  parzialmente autonomo  non autosufficiente

**Alimentazione:**  autonomo  assistita.....  
 dieta libera  dieta speciale.....  
 frullata  tritata

**Disfagia:**  no  si

**Protesi dentaria:**  no  si (completa  superiore  inferiore )

**Alvo:**  normale  stitico  diarroico  alternato

**Incontinenza:** **urinaria**  assente  occasionale  frequente  
**fecale**  assente  occasionale  frequente

**Presidi utilizzati:**  condom urinario  pannolone  catetere vescicale N.....

**Sonno:**  regolare  con aiuto farmacologico  insonnia

**ANAMNESI PATOLOGICA**



	<b>SCHEDA SANITARIA DI ACCOGLIENZA</b>	MO
---	--	----

- |                      |                |
|----------------------|----------------|
| - Azotemia           | - Acido Folico |
| - Na K Ca            | - Vit. B12     |
| - Uricemia           | - Vit. D       |
| - AST, ALT, Gamma GT | - HbsAg, HCvAg |
| - Colesterolemia     | - Esame urine  |

**Si certifica con la presente che il paziente non è affetto da malattie infettive e contagiose o altre patologie incompatibili con la vita di comunità.**

Il, .....

Il Medico Curante  
(timbro e firma)

.....

**Recapiti Medico Curante:**

Tel.....Cell.....Mail.....