

## DOMANDA DI INGRESSO DA FAR COMPILARE AL MMG

Contatto

Visita Telefonico 

## Ospite:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ sesso  M  F

Nato a \_\_\_\_\_ Pr \_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Anni \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Pr \_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

## Parente:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

## Provenienza ospite

 proprio domicilio Struttura (indicarne il nome e la città) \_\_\_\_\_

## Vaccinazioni effettuate:

 anti covid-19 data \_\_\_\_\_ antinfluenzale : data \_\_\_\_\_ antipneumococcica: data \_\_\_\_\_

Malattie infettive: \_\_\_\_\_

**Valutazione dell'autonomia****Mobilità**

Trasferimenti letto-sedia

- ◇ Necessitano 2 persone per il trasferimento della persona con o senza ausilio meccanico
- ◇ Il paziente collabora ma è necessaria comunque la collaborazione di una persona
- ◇ Autonomo
- ◇ Allettato

**Deambulazione**

- ◇ Paziente Autonomo nella deambulazione
- ◇ Paziente Non Deambulante

Paziente deambulante con ausili:

- ◇ bastone
- ◇ tripode
- ◇ rolletor

**Alimentazione**

- ◇ Paziente autonomo nell'alimentarsi
- ◇ Paziente parzialmente autonomo (gli alimenti vanno tagliati la frutta va sbucciata)
- ◇ Paziente dipendente nell'alimentazione ( va imboccato)

◇ Dieta libera

Dieta modificata:

- ◇ cremosa
- ◇ sminuzzata
- ◇ con aggiunta di addensanti nei liquidi
- ◇ Alimentazione Endovena, Peg, Sondino (sottolineare quello che interessa)

**Igiene personale**

- ◇ Paziente Autonomo nell'igiene personale

Paziente Parzialmente autonomo nell'igiene personale, si lava:

- ◇ a) viso, mani, cavo orale
- ◇ b) si rade
- ◇ Paziente Dipendente in tutte le fasi della propria igiene personale

**Continenza**

- ◇ Continente
- ◇ Incontinenza doppia
- ◇ Incontinenza urinaria
- ◇ Incontinenza fecale
- ◇ Catetere vescicale
- ◇ Uro-control

**Sonno**

- ◇ La notte riposa
- ◇ La notte non sempre riposa ma è tranquillo
- ◇ La notte non riposa e girovaga
- ◇ Ha invertito il ritmo sonno veglia

**Cognitività****Confusione**

- ◇ Paziente completamente confuso, disorientato
- ◇ A volte mostra segni di disorientamento spazio temporale ma riconosce i volti familiari
- ◇ Mostra disturbi comportamentali (aggressività, oppositività, vagabondaggio)
- ◇ E' perfettamente lucido

**Irritabilità**

- ◇ Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- ◇ Uno stimolo esterno che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare
- ◇ Mostra ogni tanto segni di irritabilità
- ◇ E' perfettamente lucido e calmo

## COMORBILITA'

↳ <b>Cardiaca (solo cuore)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↳ <b>Ipertensione (si valuta la severità)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↳ <b>Vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↳ <b>Respiratorie (polmoni, bronchi, trachea, sotto la laringe)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↳ <b>O.O.N.G.L (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↳ <b>Apparato G.I. Superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↳ <b>Apparato G.I. Inferiore (intestino, ernie)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↳ <b>Epatiche (solo fegato)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↳ <b>Renali (solo reni)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↳ <b>Altre patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Moderata ◇	Molto grave ◇
<b>Sistema muscolo-scheletrico-cute (muscoli, scheletro, tugmenti)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Moderata ◇	Molto grave ◇
↳ <b>Sistema nervoso centrale e periferico (non include la demenza)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Moderata ◇	Molto grave ◇
<b>Endocrine - Metaboliche (diabete, infezioni, stati tossici)</b>			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Moderata ◇	Molto grave ◇
↳ <b>Psichiatrico - Comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)</b>			

Assente <input type="checkbox"/>		Grave <input type="checkbox"/>
Lieve <input type="checkbox"/>	Moderata <input type="checkbox"/>	Molto grave <input type="checkbox"/>

**DECUBITI**

Assenti <input type="checkbox"/>	Sacrali <input type="checkbox"/>	Trocanterici <input type="checkbox"/>
----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------

Altra sede \_\_\_\_\_

**ORIENTAMENTO DIAGNOSTICO**

Patologia in essere:

---

---

---

---

---

Terapie in atto (riportare tutti i farmaci ed il dosaggio):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Altre terapie particolari:

- |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                      |                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nessuna<br><input type="checkbox"/> nutrizione per s.n.g.<br><input type="checkbox"/> ossigenoterapia iperbarica<br><input type="checkbox"/> altro _____ | <input type="checkbox"/> ossigenoterapia<br><input type="checkbox"/> nutrizione parenterale<br><input type="checkbox"/> radioterapia | <input type="checkbox"/> dialisi peritoneale<br><input type="checkbox"/> PEG<br><input type="checkbox"/> chemioterapia |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma del Medico)

Il /la sottoscritto/a ..... concede il consenso al trattamento dei propri dati personali sensibili finalizzati all'inserimento (o in lista di attesa) e tutela la propria salute una volta inserito all'interno della struttura.

Firma dell'ospite o del garante

---