



**SCHEDA SANITARIA**  
da compilare da parte del medico curante

Sig./a.....

Luogo e data di nascita .....

Residente a ..... Via ..... tel.....

Peso ..... Altezza .....

**ANAMNESI**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Ricoveri ospedalieri recenti**

.....  
.....  
.....  
.....

**Ha mai avuto ricoveri in reparti psichiatrici?**

O No

O Sì (remoti)

O Sì (recenti)

**Situazione clinica attuale**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Valutazione di autosufficienza**

O Totale

O Parziale

O Nulla

**Condizioni psichiche**

- lucide
- confusione
- disorientamento spazio-temporale
- ripetute crisi di agitazione psico-motoria
- inversione del ritmo sonno-veglia

**Reattività emotiva**

- Contattabile e collaborante
- Estraniato dal mondo circostante, poco contattabile
- Depressione
- Stato ansioso
- Agitazione con spunti aggressivi

**Compenso cardio-circolatorio**

- Soddisfacente
- In equilibrio farmacologico
- Scompensato

**Alimentazione**

- Autonoma
- Con piccolo aiuto
- Con necessità di imboccamento

**Stato metabolico-nutrizionale**

- Soddisfacente in equilibrio farmacologico (.....)
- Scompensato (.....)

Carente apporto nutrizionale o altro

**Incontinenza**

Urinaria

Assente

Occasionale

Abituale

Catetere a permanenza

fecale

assente

occasionale

abituale

**Deambulazione**

Cammina da solo/a

Cammina con l'aiuto di .....

Si sposta in carrozzella (  da solo/a  con aiuto)

Motivo della ridotta motilità

**Piaghe da decubito** (specificare la sede)

Assenti

Iniziali

Gravi

Multiple

**E' esente da malattie infettive in atto e può vivere in comunità?** (Allegare certificazione)

Sì

No

**Abusa di sostanze alcoliche?**

No, mai

Sì, in passato

Sì, attualmente

**Terapia in atto**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Data

.....

Timbro e firma del medico

.....