



# AZIENDA SPECIALE TIGNALE SERVIZI MANLIO BONINCONTRI

*Casa di Riposo di Tignale Manlio Bonincontri*

---

## ***SCHEDA SANITARIA (DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE)***

**COGNOME** \_\_\_\_\_

**NOME** \_\_\_\_\_

**ETA'** \_\_\_\_\_

### **FUNZIONI COGNITIVE:**

- |   |    |    |
|---|----|----|
| - ORIENTATO NELLO SPAZIO                                      | SI | NO |
| - ORIENTATO NEL TEMPO   | SI | NO |
| - ADEGUATA MEMORIA A BREVE TERMINE                            | SI | NO |
| - ADEGUATA MEMORIA A LUNGO TERMINE                            | SI | NO |
| - RICONOSCE I PARENTI   | SI | NO |
| - ESPRIME I BISOGNI ELEMENTARI<br>(FAME, SETE, DOLORE, ETC. ) | SI | NO |
| - PRESENZA DI DISTURBI DI LINGUAGGIO                          | SI | NO |
| - E' IN GRADO DI CONDURRE UNA CONVERSAZIONE                   | SI | NO |
| - E' IN GRADO DI OPERARE DELLE SCELTE                         | SI | NO |

### **DISTURBI COMPORTAMENTALI:**

- |  |    |    |
|--|----|----|
| - INSONNIA NON TRATTATA CON FARMACI    | SI | NO |
| - INSONNIA PUR SE TRATTATA CON FARMACI | SI | NO |
| - AGITAZIONE MOTORIA                   | SI | NO |
| - DELIRI                               | SI | NO |
| - AGGRESSIVITA' VERBALE                | SI | NO |
| - DEAMBULAZIONE AFINALISTICA           | SI | NO |
| - AFFACCENDAMENTO                      | SI | NO |

**FUNZIONI AFFETTIVE:**

- PERSISTENTE PRESENZA DI TRATTO ANSIOSO	SI	NO
- PRESENZA DI INTERESSI	SI	NO
- ANORESSIA	SI	NO
- FREQUENTE RICHIESTA DI MEDICINALI	SI	NO
- EPISODI DI CRISI DI PIANTO NON MOTIVATO	SI	NO
- ABULIA	SI	NO

**FUNZIONI SENSORIALI:**

- ADEGUATE CAPACITA' VISIVE	SI	NO
- ADEGUATE CAPACITA' UDITIVE	SI	NO

**NECESSITA' INFERMIERISTICHE:**

- OSSIGENOTERAPIA	SI	NO
- MEDICAZIONI	SI	NO
- TERAPIA PARENTERALE ED ENDOVENOSA	SI	NO
- NUTRIZIONE PARENTERALE O ENTERALE	SI	NO
- EVACUAZIONE PROGRAMMATA	SI	NO
- SOMMINISTRAZIONE DI MEDICINALI	SI	NO
- SOSTITUZIONE CATETERE	SI	NO
- TRATTAMENTO DIETETICO DELLA OBESITA'	SI	NO
- CONTROLLO GLICEMIA	SI	NO
- CONTROLLO ELETTROCARDIOGRAFICO	SI	NO
- CONTROLLO PA E FC	SI	NO

Data

Timbro e firma del medico