



AZIENDA SPECIALE TIGNALE SERVIZI MANLIO BONINCONTRI

Mini Alloggi

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
(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