

Facsimile 1 – Scheda sanitaria per l'accesso ai soggiorni climatici

Nome utente _____
 N. libretto sanitario _____
 N. esenzione ticket _____
 Medico di base _____ tel. _____
 Inquadramento diagnostico attuale _____

Terapia farmacologica in atto _____

Mobilità normale
 Cammina con aiuto ausilio strumentale con persona
 Costretto su sedia a letto
 Fa le scale si no
 E in grado di usare la toilette da solo si no

Allergie note no si
Portatore di altre protesi no si
Terapia anticoagulante no si
Portatore di pace-maker no si

Stato nutrizionale normale eccessivo carente
 Peso _____ altezza _____

Difficoltà di masticazione no si
 Adentulia con protesi
 Mangia da solo no si

Alcool no moderato elevato

Dieta eventuale _____

Vista deficit no
 Si corretto non corretto
 Glaucoma altro

Udito deficit no
 si corretto non corretto
 Lieve grave

Tipo di alvo

Incontinenza urinaria no saltuaria permanente
Portatore di catetere di pannolone

Incontinenza fecale no saltuaria permanente

Piaghe da decubito no
Si superficiali profonde

Disturbi neuropsichici

Specificare

Del linguaggio	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	_____
Della comprensione	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	_____
Della memoria	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	_____
Dell'orientamento spaziale	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	_____
Dell'orientamento temporale	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	_____
Del sonno	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	_____
Del comportamento	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	_____
Dell'umore	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	_____

<u>Prestazioni infermieristiche</u>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	frequenza _____
Controllo della pressione arteriosa	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	
Glicemia	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	
Terapia iniettiva	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	
Medicazioni	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	
Prelievi	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	
Altro _____			

Eventuali problemi _____

In sintesi

L'autonomia è gravemente compromessa da patologie invalidanti no si

Data _____ Firma del medico _____