



**A.S.L. TO4**

Azienda Sanitaria Locale  
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

PI./Cod. Fisc. 09736160012

## SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA

(D.G.R. n. 34-3309 del 16 maggio 2016)

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>
<b>Luogo</b>	<b>Data di nascita</b>
<p><input type="checkbox"/> IL/LA PAZIENTE È A DOMICILIO</p> <p><input type="checkbox"/> IL/LA PAZIENTE È PRESSO UNA STRUTTURA SOCIO-SANITARIA</p> <p style="padding-left: 40px;">SPECIFICARE _____ DAL ____/____/____</p> <p><input type="checkbox"/> IL/LA PAZIENTE È PRESSO UNA STRUTTURA SANITARIA (OSPEDALE, CASA DI CURA, CAVS, ...)</p> <p style="padding-left: 40px;">SPECIFICARE _____ DAL ____/____/____</p> <p><input type="checkbox"/> la scheda informativa è stata compilata con il supporto delle informazioni presenti nella documentazione della Struttura Sanitaria</p> <p><input type="checkbox"/> la scheda informativa è stata compilata senza il supporto delle informazioni presenti nella documentazione della Struttura Sanitaria</p>	

**Sintesi clinico-anamnestica con particolare riferimento alle patologie invalidanti:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Terapia in atto:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## CONDIZIONI ATTUALI

### DEFICIT SENSORIALI:

- grave deficit visivo (anche con correzione)
- grave deficit uditivo (anche con correzione)

Nota

---

### DEAMBULAZIONE:

- normale
- cammina con aiuto o assistenza
- presenta rischio di caduta
- costretto a letto, poltrona o carrozzella

Nota

---

### INCONTINENZA sì no

- Urinaria  saltuaria  permanente
- Fecale  saltuaria  permanente
- Catetere vescicale

Nota

---

## ALIMENTAZIONE

- autonoma
- deve essere imboccato
- presenta disfagia

Presenza di magrezza patologica     sì     no

Presenza di obesità patologica     sì     no

Nota

---

---

## DISTURBI MOTORI

Paralisi / paresi di

---

---

Instabilità motoria     sì     no

Deficit equilibrio     sì     no

Tendenza alle cadute     sì     no

Nota

---

---

## VALUTAZIONE PSICO-RELAZIONALE

Disturbi importanti della memoria	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Orientamento temporo/spaziale	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> patologico
<i>se patologico</i>		
Episodi di disorientamento t/s	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Disorientamento costante	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Disturbi della parola	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Disturbi della comunicazione	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Note

---

---

## DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

Aggressività verbale	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Pone domande ripetitivamente	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Si sente ansioso, agitato, preoccupato, costantemente inquieto	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Allucinazioni/deliri	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Attività motoria afinalistica (wandering, fughe)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Aggressività fisica	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Comportamento socialmente inadeguato/disinibizione	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Alterazione severa del ritmo sonno veglia/insonnia grave	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Rifiuto dell'assistenza	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Comportamento alimentare gravemente alterato	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Note

Utilizzo di psicofarmaci (specificare)

**TONO DELL'UMORE**

normale

depresso

euforico

ha assunto terapie antidepressive nell'ultimo anno  sì  no

sta assumendo terapie antidepressive  sì  no

Note

**ALLERGIE**

**TRATTAMENTI SPECIALISTICI**

Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
SNG/PEG	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Respiratorie/Ventilazione Assistita	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Dialisi	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Ulcere da decubito	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione stomia (colon o altre)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Trattamenti ulcere cutanee (non da pressione)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione C.V.C.	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione terapia con microinfusori /elastomeri	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione cateterismo peridurale	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Drenaggi	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Trattamento riabilitativo post acuto	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Altro (specificare):

---

---

---

---

**OSSERVAZIONI**

---

---

---

---

---

---

---

**Data di compilazione**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Timbro e firma leggibile  
MMG/Medico Curante**

\_\_\_\_\_

**Sulla base della conoscenza del quadro clinico-assistenziale e socio-familiare, richiedo la valutazione socio-sanitaria di non autosufficienza da parte dell'Unità Valutativa Geriatrica (D.G.R. n. 34-3309 del 16 maggio 2016)**

**Data**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Timbro e firma leggibile MMG**

\_\_\_\_\_