|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATA INGRESSO |  | **DATA DIMISSIONI** |  | **DATA COMPILAZIONE** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME | | | |  | | | | | | | | | | | | | TUTOR | |  | | |
| LUOGO DI NASCITA | | |  | | | | | | | | | DATA DI NASCITA | | |  | | | | | SESSO |  |
| INDIRIZZO |  | | | | | | | | | | | | | | | TEL.: | | | | | |
| CODICE FISCALE | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NUM. TESS.SANITARIA | | | | |  | | | | | | ESENZIONE TICKET | | | | |  | | | | | |
| MEDICO CURANTE | | |  | | | | | | | TEL. |  | | | E.MAIL | | | |  | | | |
| PROVENIENZA AL MOMENTO DELL’INGRESSO | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| SCOLARITA’ | |  | | | | | | | | | | | STATO CIVILE | | |  | | | | | |
| ATTIVITA’ LAVOR. SVOLTA | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| CREDENZE SOCIALI, CULTURALI, RELIGIOSE | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| DISPONIBILITA’ FAMIGLIA (per visite, PAI ecc) | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |

**PARENTI O FAMILIARI DI RIFERIMENTO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **nome e cognome** | **grado di parentela** | **residenza** | **telefono** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESO |  | ALTEZZA |  | GRADO DI AUTOSUFFICIENZA INDICE BARTHEL |  |
| PROBLEMI SANITARI GENERALI E CONDIZIONI GENERALI | | |  | | |
| DIABETE | | |  | | |
| TERAPIA ANTICOAGULANTE | | |  | | |
| IPERTENSIONE | | |  | | |
| TUMORI | | |  | | |
| PORTATORE DI PACE MAKER | | |  | | |
| APPARATI CARDIO CIRCOLATORIO E RESPIRATORIO | | |  | | |
| INTEGRITA’ DELLA CUTE | | |  | | |
| ALLERGIE O INTOLLERANZE | | |  | | |
| PROTESI | | |  | | |
| AUSILI E/O TUTORI | | |  | | |
| DEAMBULAZIONE E MOBILIZZAZIONE | | |  | | |
| RISCHIO CADUTE | | |  | | |
| USO DEL BAGNO –INCONT. URINARIA E/O SFINTERICA | | |  | | |
| ALVO | | |  | | |
| MEZZI DI TUTELA FISICA | | |  | | |
| VISTA | | |  | | |
| UDITO | | |  | | |
| COMUNICAZIONE E LINGUAGGIO | | |  | | |
| ORIENTAMENTO TEMPO/SPAZIO | | |  | | |
| RITMO SONNO/ VEGLIA | | |  | | |
| MEMORIA RECENTE E REMOTA | | |  | | |
| ALIMENTAZIONE (intolleranze, cibi preferiti ecc) | | |  | | |
| DISFAGIA | | |  | | |
| PARTICOLARI DA RICORDARE ED EVENTI DELLA VITA | | |  | | |

**PIANO ASSISTENZIALE – INFERMIERISTICO E FISIOTERAPICO**

|  |  |
| --- | --- |
| BISOGNO | **INTERVENTI OSS – INFERMIERI – TDR -** |
| IGIENE INTIMA |  |
| IGIENE MANI E VISO |  |
| BAGNO COMPLETO |  |
| BARBA E DENTI |  |
| CURE PARTICOLARI |  |
| VESTIZIONE |  |
| SVESTIZIONE |  |
| PREVENZIONE LDD |  |
| CURA DELLE LDD |  |
| ALZATA DAL LETTO |  |
| DEAMBULAZIONE |  |
| POSTURE |  |
| ELIMINAZIONE URINARIA |  |
| ELIMINAZIONE FECALE |  |
| AUTONOMIA PER ALIMENTAZIONE ED IDRATAZIONE |  |
| SOMMINISTRAZIONE TERAPIE |  |
| RIPOSO POMERIDIANO |  |
| RIPOSO NOTTURNO |  |
| CIBI GRADITI A COLAZIONE E MERENDA |  |
| ANIMAZIONE /INTERESSI |  |
| ALTRO |  |