|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |