

**Mod. B - Scheda informativa sanitaria
per UVG**

Cognome	Nome
Luogo di nascita	Data di nascita
Sintesi clinico-anamnestica con particolare riferimento alle patologie invalidanti: <hr/> <hr/>	
Terapia in atto: <hr/> <hr/>	

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 da caduta
- Costretto a letto, poltrona o carrozzella

Nota _____

INCONTINENZA

SI

NO

Urinaria
Fecale

saltuaria
 saltuaria

permanente
 permanente

catetere vescicale

colostomia

Nota _____

ALIMENTAZIONE

- autonoma
- deve essere imboccato
- presenta disfagia
- presenza di PEG

presenza di magrezza patologica

SI

NO

Nota _____

DISTURBI MOTORI

Paralisi / paresi di _____

Instabilità motoria
Deficit equilibrio
Tendenza alle cadute

SI
 SI
 SI

NO
 NO
 NO

Nota _____

VALUTAZIONE PSICO – RELAZIONALE

disturbi importanti della memoria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
orientamento tempo / spaziale	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> patologico
episodi di disorientamento t/s	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
disorientamento costante	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
disturbi della parola	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
disturbi della comunicazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Nota _____

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

Agitazione psicomotoria	<input type="checkbox"/> costante	<input type="checkbox"/> saltuaria
Aggressività	<input type="checkbox"/> verbale	<input type="checkbox"/> fisica
Deambulazione afinalistica	<input type="checkbox"/> fughe	<input type="checkbox"/> wandering
Insomnia	<input type="checkbox"/>	
Inversione del ritmo sonno veglia	<input type="checkbox"/>	

Utilizzo di psicofarmaci (specificare) _____

TONO DELL'UMORE

normale depresso euforico

Pratica / ha praticato terapie antidepressive si no

Nota _____

PRESENZA DI LESIONI CUTANEE

si no

Sedi e attuali medicazioni _____

ALLERGIE

OSSERVAZIONI

timbro e firma leggibile

MMG / Medico Curante

Data di compilazione

____ / ____ / ____