

**CARTELLA CLINICO – ASSISTENZIALE  
INTEGRATA**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ Esenzione N. \_\_\_\_\_

Invalidità civile  Si  No  Pratica in corsoAccompagnamento  Si  No  Pratica in corso

M.M.G \_\_\_\_\_ tel. ambulatorio \_\_\_\_\_

Tel. Casa \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Familiari di riferimento

Nominativo	Grado di parentela	N. di telefono

Data ingresso in struttura \_\_\_\_\_ Proveniente da \_\_\_\_\_

 Inserito in convenzione dall'UVG di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ In carico al DSM per \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ Ingresso in regime privato Pratica UVG in corso:  No  Si**PATOLOGIE PRINCIPALI**

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

**CARTELLA CLINICO – ASSISTENZIALE  
INTEGRATA****ALLERGIE:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**ALTRE NOTIZIE IMPORTANTI**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**CONDIZIONE SOCIALE PRIMA DELL'INGRESSO**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Viveva solo  | <input type="checkbox"/> Viveva con badanti      | <input type="checkbox"/> Viveva in famiglia   |
| Condizione abitativa: <input type="checkbox"/> Appartamento                         | <input type="checkbox"/> Abitazione indipendente | <input type="checkbox"/> Abitazione rurale  |
| <input type="checkbox"/> In carico al Servizio Sociale: <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si                      | Sede di _____   |
| <input type="checkbox"/> In carico al Servizio di Cure Domiciliari in:              | <input type="checkbox"/> ADI                     | <input type="checkbox"/> ADP <input type="checkbox"/> SID <input type="checkbox"/> LA |

**ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO ALL'INGRESSO****CONDIZIONI GENERALI/COLLABORAZIONE**

- |                      |  |   |   |
|----------------------|--|---|---|
| Condizioni generali: | <input type="checkbox"/> Buone                 | <input type="checkbox"/> Discrete         | <input type="checkbox"/> Scadenti         |
| Collaborante:        | <input type="checkbox"/> Si                    | <input type="checkbox"/> No               | <input type="checkbox"/> Parzialmente     |
|                      | <input type="checkbox"/> Orientato             | <input type="checkbox"/> Disorientato S/T | <input type="checkbox"/> Confuso          |
|                      | <input type="checkbox"/> Tono dell'umore basso | <input type="checkbox"/> Agitato          | <input type="checkbox"/> Ansioso          |
|                      | <input type="checkbox"/> Vedente               | <input type="checkbox"/> Ipovedente       | <input type="checkbox"/> Cieco            |
|                      | <input type="checkbox"/> Ipoacusico            | <input type="checkbox"/> Sordo            | <input type="checkbox"/> Protesi acustica |

**DOLORE**

- Si  No  Non valutabile
- Valutazione dell'intensità del dolore (VAS) da 0 a 10 \_\_\_\_\_
- Sede \_\_\_\_\_
- Terapia analgesica \_\_\_\_\_
- In carico a servizio di terapia antalgica o palliativa \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**CARTELLA CLINICO – ASSISTENZIALE  
INTEGRATA**Rev.00  
del 01/02/16

Pag. 3 di 5

**TERAPIA**

Assunzione terapia:

- Autogestita                       Indipendente  
 Assistita                               Totalmente dipendente

Comprese tritate    Sì       No**MOBILIZZAZIONE**Autonomia all'ingresso:    Sì                       NoSpecificare con:    Con assistenza       Con supervisione Note: \_\_\_\_\_Con ausili:       Carrozzina       Deambulatore       Tripode                       BastonePassaggi posturali:    In autonomia       Con assistenza       SollevatoreSCALA DI BRADEN: Punteggio: \_\_\_\_ Rischio \_\_\_\_\_ Materasso antidecubito    Sì       NoSCALA DI TINETTI: Punteggio: \_\_\_\_\_ Rischio di cadute    Sì                       No**ALIMENTAZIONE****PESO KG:** \_\_\_\_\_Deglutizione:       Normale                       Disfagia                       Adentulia                       Protesi dentariaDieta:    Libera                       Dieta speciale \_\_\_\_\_ DisfagiaSi alimenta:       Da solo                       Con supervisione                       Deve essere imboccato                       Non si alimentaAlimentazione assistita:    Entrale                                       PEG posizionata il \_\_\_\_\_ Parenterale                                       CVC posizionato il \_\_\_\_\_Cavo orale:       Nella norma       Micosi       Lesioni       Altro \_\_\_\_\_

**CARTELLA CLINICO – ASSISTENZIALE  
INTEGRATA****ELIMINAZIONE**

Urinaria:

- Continente  Incontinenza da urgenza  
 Incontinenza da sforzo  
 Incontinenza totale

Fecale:

- Regolare  Stipsi  Diarrea  Incontinenza  
 Stomia \_\_\_\_\_

Data ultima evacuazione \_\_\_\_\_

 Uso di lassativi \_\_\_\_\_ Pannolone (tipo) \_\_\_\_\_ Fornitura attivata  Sì  No

Catetere Posizionato il \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_

**IGIENE E CUTE**Igiene:  Autonomo  Parzialmente autosufficiente  DipendenteCute:  Integra  altro \_\_\_\_\_  
 Lesioni da decubito  Lesioni vascolari

Sede \_\_\_\_\_

Tipo di medicazioni in atto \_\_\_\_\_

**RESPIRAZIONE** Eupnea  DispneaO2 terapia:  No  Sì

Specificare \_\_\_\_\_

 maschera lt. min \_\_\_\_\_  occhialini lt. min \_\_\_\_\_**RIPOSO** Regolare  Insonnia Uso di farmaci \_\_\_\_\_ Altro \_\_\_\_\_

**CARTELLA CLINICO – ASSISTENZIALE  
INTEGRATA****SITUAZIONI SOCIO-FAMILIARI DI RILIEVO**

---

---

---

**VALUTAZIONE CLINICA ALL'INGRESSO**

## Anamnesi patologica

---

---

---

## Motivo del ricovero

---

---

---

## Esame obiettivo

---

---

---

## Terapia in atto

---

---

---

---

## Altre osservazioni

---

---

---

---

Data compilazione \_\_\_\_\_

Firma Medico \_\_\_\_\_

Data compilazione \_\_\_\_\_

Firma Infermiere  
  
\_\_\_\_\_