

**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**Rev.00
del 01/02/16

Pag. 2 di 5

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 CUTEIgiene: 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
