



LA CITTADELLA DELLA SALUTE S.R.L. - IMPRESA SOCIALE

RESIDENZA CASA DI RIPOSO SAN GIORGIO

Via Roma, 168
12030 Cavallermaggiore (Cn)
Tel. 0172/381046

SCHEDA MEDICA

Il sottoscritto Dott.....
Nella sua qualità di.....

DICHIARA

quanto segue relativamente al

Signor/a.....
Nato/a a.....il.....
Residente in.....Via.....n.....
Recapito telefonico.....

- L'interessato attualmente è presso
- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| proprio domicilio | ☐ |
| Ospedale | ☐ |
| Struttura assistenziale | ☐ |
| Altro..... | |

CONDIZIONI CLINICHE

Anamnesi patologica remota:

.....
.....
.....
.....
.....

Patologia in atto:

.....
.....
.....
.....
.....

CONDIZIONI CLINICHE ATTUALI:

- ☐ STABILI con monitoraggio infermieristico medico e strumentale < di una volta a settimana
- ☐ MODERATAMENTE STABILI: con monitoraggio programmabile una più volte alla settimana
- ☐ INSTABILI con monitoraggio quotidiano

Allegare fotocopie della documentazione sanitaria dell'Ospite (referti di esami strumentali e visite specialistiche, esami ematochimici, lettere di dimissioni di ricoveri ospedalieri recenti e pregressi); e dei seguenti esami:

- Emogruppo	- HbsAg	-HCV	- VDRL
Il/La Sig.ra è affetto/a da malattie contagiose:	sì ☐	no ☐	
Pertanto può vivere in comunità:	sì ☐	no ☐	

CONDIZIONI SPECIFICHE

Stato di coscienza:	vigile ☐	obnubilato ☐	soporoso ☐	coma ☐
Stato nutrizionale:	adeguato ☐	malnutrizione ☐	obesità ☐	
Dieta:	libera ☐	per diabetici ☐	per nefropatici ☐	
	☐ Altro.....			
Deglutizione.	Regolare ☐			
	Disfagia ☐	per liquidi ☐	per solidi ☐	

In caso di frattura recente:

tipo di frattura.....

trattamento.....

eseguito il.....

rimozione gesso.....

concessione al carico.....

Necessità di FKT: no |__| sì |__|

Disturbi comportamentali: no ☐ sì ☐

deliri /allucinazioni ☐ ansia/depressione ☐

Ricoveri per patologia psichiatrica: no ☐ sì ☐

T.S.: no sì

Grado di collaborazione: ☐ collaborante
 ☐ poco collaborante
 ☐ assenza di collaborazione

TERAPIE

[illegible]Medicazioni in atto: no ☐ si ☐

Sede.....
 Tipo.....
 Frequenza.....

Terapie particolari in corso o programmate: no ☐ sì ☐

Nutrizione parenterale totale ☐

Chemioterapia ☐

Nutrizione enterale ☐

Radioterapia ☐

Ossigenoterapia ☐

Dialisi ☐

Broncoaspirazione ☐

☐ Altro.....

Allergie a farmaci e/o alimenti: ☐ no ☐ sì.....

Portatore di pace- maker: ☐ no ☐ sì impiantato il.....

Data.....

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
