

**SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO
PRESSO I CENTRI DIURNI INTEGRATI ASL MILANO**

Questo documento è stato redatto in maniera congiunta dagli Enti Gestori dei Centri Diurni Integrati (CDI) e condivisa con l'ASL Milano.

Il suo obiettivo è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo delle condizioni cliniche del Suo assistito al fine di valutare l'idoneità di inserimento presso il CDI.

Il presente documento è riconosciuto da tutti i CDI dell'ASL di Milano.

La scheda sanitaria deve essere compilata, in maniera leggibile e completa.

Cognome e Nome _____

Data di nascita _____ / _____ / _____

Invalidità Civile <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> inviata domanda	Accompagnamento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> in attesa
--	--

QUADRO CLINICO

PATOLOGIE PRINCIPALI

Malattie neurologiche e psichiatriche, in atto o pregresse.

Specificare se presente diagnosi di demenza. Indicare se in carico presso CPS.

Malattie infettive contagiose (in atto o pregresse)

Interventi chirurgici

Ricoveri ospedalieri e riabilitativi

Altri aspetti clinici e funzionali

Tracheostomia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Incontinenza fecale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Ano praeternaturale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Altre lesioni cutanee	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Medicazioni chirurgiche	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Di che tipo:	
Utilizzo protesi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Di che tipo:	
Utilizzo ausili per la deambulazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Di che tipo:	

Cadute negli ultimi sei mesi:	<input type="checkbox"/> mai
	<input type="checkbox"/> da 1 a 3 volte
	<input type="checkbox"/> più di tre volte

Deficit sensoriali

Ipovisus	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Ipoacusia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
----------	---	-----------	---

Disturbi cognitivi, comportamentali, dell'umore e problemi psichiatrici

Deficit di memoria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Disorientamento	<input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale <input type="checkbox"/> NO
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Di che tipo:	
Deliri	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Allucinazioni	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Crisi d'ansia / attacchi di panico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Deflessione del tono dell'umore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Aggressività	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Etilismo	<input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso
Wandering	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tentativi di fuga	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se si, di che tipo:	
Tentato suicidio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se si, indicare la data	__ / __ / ____

Problemi e condizioni correlate all'alimentazione

Rifiuto del cibo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Disfagia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Malnutrizione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cibi frullati o omogeneizzati	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Obesità	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Dieta specifica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		Di che tipo:	

TERAPIA
 Non assume terapia farmacologica

Terapia in atto ed orari di somministrazione:

Nome Farmaco	Dosaggio	Quantità	Tipo	Orario di assunzione

Allergie	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Non note	Se si, di che tipo:
----------	--	---------------------

Nome e Cognome MMG:

Indirizzo Ambulatorio	Giorni e orario di apertura ambulatorio
tel _____ fax _____	
e-mail: _____@_____	

Data: ____ / ____ / ____

Timbro e firma MMG