

## Questionario medico e fisioterapico di valutazione

Nome ..... Cognome .....

Nato/a a ..... Prov. .... Il .....

Residente a .....

Via ..... n° .....

Codice Fiscale .....

**Il ricovero non potrà avere luogo qualora il presente questionario risultasse incompleto o non conforme alle condizioni del Paziente all'atto della richiesta di ammissione.**

Provenienza del Paziente:	<input type="checkbox"/> Soggetto che accede alla struttura direttamente dal domicilio	<input type="checkbox"/> Soggetto in dimissione da struttura psichiatrica	<input type="checkbox"/> Soggetto in dimissione da istituto di riabilitazione
<input type="checkbox"/> Soggetto in dimissione da struttura sanitaria non accreditata	<input type="checkbox"/> Soggetto in dimissione da altro regime o tipologia, all'interno della stessa struttura	<input type="checkbox"/> Soggetto dimesso da altra struttura	<input type="checkbox"/> Soggetto in dimissione da struttura sanitaria accreditata
Se a domicilio:	<input type="checkbox"/> Vive solo	<input type="checkbox"/> Vive con parenti	<input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare

Stato civile:	<input type="checkbox"/> Coniugato/a	<input type="checkbox"/> Celibe/Nubile	<input type="checkbox"/> Vedovo/a
	<input type="checkbox"/> Divorziato/a	<input type="checkbox"/> Separato/a	<input type="checkbox"/> Non dichiarato

Numero figli:	<input type="checkbox"/> Numero figli maschi	<input type="checkbox"/> Numero figlie femmine	
---------------	--	--	--

**Anamnesi (principali episodi morbosi, ricoveri ospedalieri o presso altri enti):**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Situazione clinica attuale:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Stato emotivo

Ansia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Occasionale (note)
Depressione	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Occasionale (note)

## Comportamento

Collaborante	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Occasionale (note)
Aggressività verbale	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Occasionale (note)
Aggressività fisica	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Occasionale (note)
Vagabondaggio	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Occasionale (note)
Irritabilità	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Occasionale (note)
Disinibizione	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Occasionale (note)
Apatia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Occasionale (note)
Euforia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Occasionale (note)
Allucinazioni	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Occasionale (note)
Tentativi di fuga	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Occasionale (note)
Alcolismo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Occasionale (note)
Fumo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Occasionale (note)

## Stato funzionale

<i>Incontinenza:</i>	<input type="checkbox"/> Assente	<input type="checkbox"/> Occasionale	<input type="checkbox"/> Abituale
	<input type="checkbox"/> Doppia	<input type="checkbox"/> Utilizzo pannoloni	<input type="checkbox"/> Catetere vescicale
<i>Deambulazione:</i>	<input type="checkbox"/> Autonoma	<input type="checkbox"/> Assistita	<input type="checkbox"/> Con bastone
	<input type="checkbox"/> Con carrozzina	<input type="checkbox"/> Non deambula	<input type="checkbox"/> Impossibile
<i>Stazione eretta:</i>	<input type="checkbox"/> Autonoma	<input type="checkbox"/> Con sostegno	<input type="checkbox"/> Impossibile
<i>Stazione seduta:</i>	<input type="checkbox"/> Autonoma	<input type="checkbox"/> Con schienale	<input type="checkbox"/> Impossibile
<i>Passaggio dal clino all'ortostatismo</i>	<input type="checkbox"/> Autonoma	<input type="checkbox"/> Con assistenza	<input type="checkbox"/> Impossibile
<i>Alzarsi dalla sedia:</i>	<input type="checkbox"/> Autonoma	<input type="checkbox"/> Con assistenza	<input type="checkbox"/> Impossibile
<i>Igiene personale:</i>	<input type="checkbox"/> Autonoma	<input type="checkbox"/> Con assistenza	<input type="checkbox"/> Totale dipendenza
<i>Stato metabolico nutrizionale:</i>	<input type="checkbox"/> Soddisfacente	<input type="checkbox"/> Carente rapporto nutrizionale	<input type="checkbox"/> Equilibrio farmacologico

<i>Alimentazione:</i>	<input type="checkbox"/> Autonoma		<input type="checkbox"/> Con assistenza
	<input type="checkbox"/> Totale dipendenza		<input type="checkbox"/> Portatore di peg o sondino
<i>Uso w.c.:</i>	<input type="checkbox"/> Autonoma	<input type="checkbox"/> Con assistenza	<input type="checkbox"/> Totale dipendenza
<i>Vestizione:</i>	<input type="checkbox"/> Autonoma	<input type="checkbox"/> Con assistenza	<input type="checkbox"/> Totale dipendenza
<i>Stato di coscienza:</i>	<input type="checkbox"/> Vigile	<input type="checkbox"/> Costantemente soporoso	<input type="checkbox"/> Saltuariamente soporoso
<i>Linguaggio:</i>	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Disatria	<input type="checkbox"/> Afasia
<i>Comprensione:</i>	<input type="checkbox"/> Completa	<input type="checkbox"/> Solo frasi semplici	<input type="checkbox"/> Nulla
<i>Vista:</i>	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Ipovisus	<input type="checkbox"/> Cecità
<i>Udito:</i>	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Ipoacusia	<input type="checkbox"/> Sordità
<i>Comandi:</i>	<input type="checkbox"/> Esegue tutti i comandi	<input type="checkbox"/> Esegue solo comandi semplici	<input type="checkbox"/> Non comprende nessun comando
<i>Condizioni psichiche:</i>	<input type="checkbox"/> Lucide		<input type="checkbox"/> Persistenza disorientamento s.t.
	<input type="checkbox"/> Oligofrenia		
	<input type="checkbox"/> Fasi di confusione e disorientamento		<input type="checkbox"/> Fasi di agitazione psicomotoria
<i>Sonno:</i>	<input type="checkbox"/> Fisiologico		<input type="checkbox"/> Con uso di farmaci
<i>Forme morbose contagiose o veneree</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì (specificare)	
<i>Piaghe da decubito</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì (specificare)	
<i>Spostamenti tra letto e carrozzina (se applicabile):</i>	<input type="checkbox"/> Autonoma	<input type="checkbox"/> Con assistenza	<input type="checkbox"/> Impossibile
<i>Passaggio da seduto a eretto (se applicabile):</i>	<input type="checkbox"/> Autonoma	<input type="checkbox"/> Con assistenza	<input type="checkbox"/> Impossibile

**Allergie a alimenti:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Eventuale dieta consigliata:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Farmaci assunti negli ultimi 6 mesi in modo continuativo per più di una settimana:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Terapia in atto (farmaco e posologia):**

ALLERGIE/EFFETTI INDESIDERATI SIGNIFICATIVE AI FINI DELLA TERAPIA	
Allergie/effetti indesiderati/reazioni avverse da terapie farmacologiche precedenti	<input type="checkbox"/> Sì, specificare quali:
	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTO
Intolleranze/allergie a componenti alimentari che possono essere presenti nei farmaci come eccipienti (es. lattosio..)	<input type="checkbox"/> Sì, se si specificare quali:
	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTO
Altre allergie (es. lattice..)	<input type="checkbox"/> Sì, se si specificare quali:
	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTO

INFORMAZIONI DI RILIEVO									
Terapia anticoagulante	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	NO	Terapia antiepilettica	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	NO
Terapia insulinica	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	NO	Terapia				
Terapia ipoglicemizzanti orali	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	NO	immunosoppressiva	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	NO
Terapia oppioidi	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	NO	Terapia con ossigeno	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	NO
					Abitudine al fumo	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	NO
					Consumo di alcool	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	NO

Difficoltà nell'assunzione della terapia (es. problemi di deglutizione persistente o saltuaria...)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si, specificare quali:
---	--

FARMACO nome commerciale e/o denominazione del principio attivo	FORMA FARMACEUTICA E DOSAGGIO	VIA DI SOMM. NE	POSOLOGIA Dose e frequenza di assunzione <i>(se significativo specificare: frequenza diversa da quella giornaliera; data di inizio della terapia)</i>	NOTE (es. terapia al bisogno, trattamento sperimentale, ....)


Terapie non convenzionali (fitoterapici, omeopatici, integratori...)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Si, specificare
Dispositivi medici che rilasciano farmaci	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Si, specificare

**Necessità di interventi riabilitativi:**

.....

.....

.....

.....

.....

**Necessità di controlli clinici e/o strumentali periodici:**

.....

.....

.....

.....

.....

**Conclusione diagnostica:**

.....

.....

.....

.....

.....

**Il Medico curante**

Nome ..... Cognome .....

Studio a .....

Via..... n° .....

Recapito telefonico ..... Cellulare .....

Data compilazione..... Timbro e Firma .....