

SCHEDA INFERMIERISTICA

Cognome e Nome : _____

GRADO DI AUTONOMIA

(1 = Autosufficiente / 2 = Semidipendente / 3 = Dipendente)

- A) IGIENE/VESTIRSI**
- | | 1 | 2 | 3 |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Lavarsi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Vestirsi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Bagno/doccia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Cure particolari**
- | | SI | NO |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Lesioni cutanee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Infusioni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Iniezioni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Medicazioni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mezzi ausiliari : _____

- B) ALIMENTAZIONE**
- | | 1 | 2 | 3 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Cure particolari**
- Dieta : _____
 - Intolleranze alimentari : _____
 - Piatto preferito : _____
 - Masticazione : _____
 - Altro : _____

- Mezzi ausiliari**
- | | SI | NO |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Protesi dentaria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- C) COMUNICAZIONE**
- | | 1 | 2 | 3 |
|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Vista | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Udito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Comunicare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Cure particolari : _____

- | | SI | NO |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| • App. Acustico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Occhiali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D) SONNO / VEGLIA

- Ritmo giorno/notte
- Senza problemi
 - Disturbato
 - Spondine al letto

E) ELIMINAZIONE

- | | SI | NO |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Incontinenza urine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Porta pannolino | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Porta C.V. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Ultimo cambio
- Urostomia

- Ultimo cambio
- Incontinenza feci
- Alvo stitico
- Alvo diarroico
- Porta stomia

F) DEAMBULAZIONE

- | | 1 | 2 | 3 |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Alzarsi/sedersi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Camminare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Salire le scale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sdraiarsi/alzarsi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Usare il WC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Cure particolari : _____

Mezzi ausiliari : _____

- | | SI | NO |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Handicaps o Menomazioni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**G) SITUAZIONE PSICHICA/
COMPORIMENTALE**

- | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| | SI | NO |
| • Buona | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Orientato nel tempo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • nel luogo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • sulle persone | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comportamento :

- | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Calmo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Agitato | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Aggressivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Passivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Allucinazioni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Pericolo di fuga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Confuso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

RAPPORTI SOCIALI

Frequenta luoghi quali: circoli, associazioni, centro diurno, caffè, teatri, cinema, case di parenti ?

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| SI | NO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Utilizza mezzi di informazione ?

- | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | SI | NO |
| • Giornali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Radio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Televisione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Possiede il telefono | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Esercita attività di svago quali ?

- | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| | SI | NO |
| • Giardinaggio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Attività culturali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Attività artistiche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Lettura | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Passeggiate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Gioco delle carte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Cucina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Viaggi in montagna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Viaggi al mare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Informazioni generali

- Lav. femminile preferito _____
- Lav. maschile preferito _____
- Genere musicale _____
- Suona uno strumento _____
Quale _____
- Hobby particolari _____
(ceramica, vetro, legno, ecc.)
- Film preferito _____

In caso di malattia, riceve aiuto o assistenza

da parte di qualcuno? SI NO

Se si, da parte di chi ? _____

Conosce il servizio Domiciliare ?

SI NO

Ha già usufruito del servizio domiciliare ?

- | | |
|--|--------------------------|
| NO | <input type="checkbox"/> |
| SI, per prestazioni infermieristiche | <input type="checkbox"/> |
| SI, per prestazioni di aiuto familiare | <input type="checkbox"/> |

**DATI GENERALI E MOTIVI DELLA
RICHIESTA DI AMMISSIONE**

Soggiorni in istituti per anziani negli ultimi due anni

..... Dal Al
nome

..... Dal Al
nome

Soggiorni in ospedale o clinica negli ultimi due anni

Anno :

Anno :

TERAPIA FARMACOLOGICA AL DOMICILIO

NOME	8.°°	12.°°	18.°°	20.°°

Eventuali allergie:

OSSERVAZIONI DELL'INTERVISTATORE

Si ritiene che le risorse del richiedente sarebbero sufficienti per mantenere l'anziano al domicilio (disponibilità dei parenti a prendersi cura della persona) ?

sufficienti

insufficienti

Quali servizi e/o aiuti permetterebbero il mantenimento al domicilio ?

- Pasti a domicilio
- Servizio aiuto dom.
- Aiuto finanziario
- Altro

Precisare la/le modifica/che dello stato di salute che ha/hanno causato la domanda di ammissione (patologia/e primaria/e):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Problemi traumatologici (frattura femore, bacino, caviglie, ecc.) | <input type="checkbox"/> Problemi apparato locomotorio (artrosi, coxartrosi, poliartrosi, ecc.) |
| <input type="checkbox"/> Problemi chirurgici (interventi, ecc.) | <input type="checkbox"/> Lesioni da decubito |
| <input type="checkbox"/> Problemi cardiovascolari (infarto, Insuf. Cardiaca, ecc.) | <input type="checkbox"/> Problemi epatici |
| <input type="checkbox"/> Problemi tumorali (benigni, maligni, ecc.) | <input type="checkbox"/> Problemi nefrologici |
| <input type="checkbox"/> Problemi diagnostici ed investigativi in genere | <input type="checkbox"/> Portatore P.M. |
| <input type="checkbox"/> Problemi urologici e/o ginecologici | <input type="checkbox"/> Altro |
| <input type="checkbox"/> Problemi psichiatrici (psicosi, alcolismo, depressione, ecc.) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemi neurologici (ictus, parkinson, ecc.) | <input type="checkbox"/> Problemi sociali (isolamento, ansia, bisogno di sicurezza) |
| <input type="checkbox"/> Problemi polmonari (enfisema, bronchite cronica, ecc.) | <input type="checkbox"/> Altri motivi |
| <input type="checkbox"/> Problemi oftalmici | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabete | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ipertensione | <input type="checkbox"/> Barriere architettoniche (evitare untrasloco o impossibilità di rientrare a domicilio) |

RICHIESTA DI AMMISSIONE

- Richiedente d'accordo
- Spinto dai parenti

ALTRE OSSERVAZIONI

Da parte dell'intervistatore :

Da parte del richiedente o dei parenti :

L'intervista é stata fatta a:

Interessato - Parente / conoscente - Entrambi

Firma del richiedente : _____ Firma dell'intervistatore : _____

Luogo e data : _____