

**SCHEDA CLINICA INFORMATIVA**  
**per il trasferimento del paziente**  
**presso Casa di cura e riposo “Villa Nonna Carmelina”**

**proveniente da:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Riab. SPECIALISTICA         | <input type="checkbox"/> RSA ed altre Strutture Socio-Sanitarie |
| <input type="checkbox"/> Riab. MANTENIMENTO          | <input type="checkbox"/> da Domicilio                           |
| <input type="checkbox"/> Riab. GENERALE / GERIATRICA | <input type="checkbox"/> Da Struttura Psichiatrica              |

<b>Cognome e Nome paziente</b>	.....		
nato/a	.....	il	.....
Comune di residenza	.....		
Indirizzo	.....		
CODICE FISCALE	.....		

<b>Sintesi diagnostica</b>	→	..... ..... ..... .....
<b>Evento indice e data insorgenza</b>	→	..... .....
<b>Altre Patologie in atto ed eventuali allergie</b>	→	..... ..... .....
<b>Terapia in atto</b>	→	..... ..... .....

**Disfagia**    Si     No

**Afasia/disartria**    Si     No

**Nutrizione**     per os     Sondino n-g     PEG     Parenterale

**Respirazione**     normale     Ossigeno     Ventilazione meccanica     con tracheostomia

**Aspirazione secrezioni bronchiali**    Si     No

**Presenza deficit sensoriali**     Visivi     Uditivi

**Portatore di:**

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pace Maker    | <input type="checkbox"/> Catetere perdurale | <input type="checkbox"/> Catetere venoso centrale | <input type="checkbox"/> Pompa elastomerica |
| <input type="checkbox"/> Tracheostomia | <input type="checkbox"/> Urostomia          | <input type="checkbox"/> Colostomia               | <input type="checkbox"/> Catetere vescicale |
| <input type="checkbox"/> Protesi       | <input type="checkbox"/> Ortesi             | Quali:.....                                       |   |

Presenza Piaghe da decubito Si  No  Eventuali sedi .....  
 Altre lesioni: Si  No  .....

## ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

<b>STATO DI COSCIENZA</b>	<input type="checkbox"/> Vigile	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo verbale	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo doloroso	<input type="checkbox"/> Non risponde
<b>Eventuale punteggio Glasgow Coma Scale</b>	.....			
<b>Deterioramento cognitivo</b>	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> lieve/moderato	<input type="checkbox"/> grave	
<b>Comprensione ordini semplici</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
<b>Disturbi del comportamento</b>	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> lievi/moderati	<input type="checkbox"/> gravi	
<b>↳ Specificare</b>	..... ..... .....			

	Indipendente	Parzialmente Dipendente	Totalmente Dipendente	
Capacita' di fare il bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso dei servizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Continenza Sfinterica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di alimentarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cammina	<input type="checkbox"/> da solo	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> protesi- ausili	<input type="checkbox"/> usa carrozzella
Allettato	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Se si, specificare da quanto tempo	mesi.....	anni.....

## SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE


<b>Abitazione</b>	<input type="checkbox"/> Idonea	<input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche	
<b>Vive solo</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
<b>Supporto familiare /caregiver</b>	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

<b>E' già stato sottoposto a terapia riabilitativa?</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
<b>↳ Con quali risultati?</b>	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Nullo

<b>Attuale capacita' di collaborazione ad interventi riabilitativi:</b>	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente
<b>Orientamento sulle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni:</b>	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

**Struttura inviante**

**In fede**

.....  
 .....

.....  
 (timbro e firma del Medico)