

SCHEDA SANITARIA

Sig. nato a

Il/...../19..... residente a Via e n°

=====

Redatta dal Medico di Base

Dr./ssa

Recapito

Tel.

Mail

Data:/...../.....

Timbro e firma

.....

1. ABITUDINI DI VITA

1.1 Cura di sé ☐ presente ☐ assente ☐ scarsa

1.2 fumo ☐ sì ☐ no

1.3 alcool ☐ sì ☐ no

2. capacità di comunicazione ☐ normale ☐ scarsa ☐ assente

disturbi del 2.1 linguaggio ☐ no ☐ sì causa

2.2 udito ☐ no ☐ sì causa

2.3 vista ☐ no ☐ sì causa

3 alimentazione

3.1 ☐ autonoma 3.2 ☐ normale

3.3 ☐ necessita di assistenza ☐ sì ☐ no

3.4 ☐ necessita di dieta particolare: specificare

4 motilità

4.1 deambulazione ☐ normale ☐ difficoltosa ☐ assente

4.2 autonomia nell'uso della toilette ☐ sì ☐ no

4.3 capacità di mantenere la posizione seduta ☐ sì ☐ no

5 alvo

☐ 5.1 normale ☐ 5.2 stipsi ☐ 5.3 diarrea ☐ 5.4 incontinenza

6 diuresi

☐ 6.1 normale ☐ 6.2 poliuria ☐ 6.3 oliguria ☐ 6.4 anuria ☐ 6.5 incontinenza

6.6 catetere a permanenza ☐ no ☐ sì : tipo CH

6.7 porta abbigliamento protettivo ☐ no ☐ sì

7 allergie

7.7 ☐ no 7.8 ☐ sì a cosa

ANAMNESI PATOLOGICA

Segnalare malattie di rilievo pregresse o in atto:

.....

.....

.....

.....

8 diabete mellito

- 8.1 ☐ no 8.2 ☐ sì: in trattamento con: 8.3 dieta (kcal/die)
- 8.4 ipoglicemizzanti:
- 8.5 insulina:

9 ipertensione arteriosa

- 9.1 ☐ no 9.2 ☐ sì in trattamento con:

10 stato psichico

- ☐ 10.1 normale ☐ 10.2 ansia ☐ 10.3 depressione
- ☐ 10.4 demenza ☐ no ☐ sì ☐ Alzheimer
- ☐ 10.5 epilessia
- ☐ cerebrovascolare

ESAME OBBIETTIVO

11. cuore

- 11.1 ☐ normale
- 11.2 ☐ ipertrofia atriale
- 11.3 ☐ ipertrofia ventricolare
- 11.4 ☐ valvulopatia
- 11.5 ☐ aritmia - fibrillazione striale

12 apparato circolatorio

- 12.1 ☐ apparentemente indenne
- 12.2 ☐ vasculopatia generalizzata
- 12.3 ☐ vasculopatia localizzata: ☐ arti superiori ☐ dx ☐ sin
☐ arti inferiori ☐ dx ☐ sin
- 12.4 ☐ carotide ☐ dx
☐ sin

13 apparato respiratorio

- 13.1 ☐ eupnea 13.2 ☐ dispnea ☐ enfisema polmonare
☐ broncopatia cronica
☐ altro:

14 addome

- cicatrici laparotomiche 14.1 ☐ no 14.2 ☐ sì: per quale patologia.
.....
- ernie o laparoceli 14.3 ☐ no 14.4 ☐ sì: specificare sede
.....
- fegato 14.5 ☐ nei limiti 14.6 ☐ debordante

15 sistema nervoso periferico

- paresi o emiparesi 15.1 ☐ no 15.2 ☐ sì: specificare
.....
- altri segni di lato: 15.3 ☐ no 15.4 ☐ sì specificare:
.....

Sig.

TERAPIE ATTUALI

Segnalare i farmaci attualmente prescritti, con posologia e modalità di somministrazione

farmaco	posologia	Modalità e orari di somministrazione

Il medico curante

.....