

COGNOME

NOME

ETA'

INSERIMENTO IN STRUTTURA

RESIDENZIALE

VACANZE PROTETTE

RIABILITAZIONE ESTENSIVA

CONVALESCENZA

POSTI IN SOLLIEVO

PERIODO INTERESSATO DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

PATOLOGIE:

---

---

ALIMENTAZIONE:

AUTONOMO

AIUTO NEL TAGLIARE GLI ALIMENTI

DA IMBOCCARE

ALTRO:

\_\_\_\_\_

IGIENE:

AUTONOMO

AIUTO NELLA VESTIZIONE

TOTALMENTE DIPENDENTE

BAGNO O DOCCIA:

AUTONOMO

AIUTO NELLA VESTIZIONE

TOTALMENTE DIPENDENTE

VESTIZIONE:

AUTONOMO

AIUTO NELLA VESTIZIONE

TOTALMENTE DIPENDENTE

USO DEL BAGNO:

AUTONOMO

CON AIUTO

TOTALMENTE DIPENDENTE

CONTINENZA URINARIA:

CONTINENTE

OCCASIONALE

INCONTINENTE

TIPO DI

AUSILIO: \_\_\_\_\_

CONTINENZA FECALE:

CONTINENTE

OCCASIONALE

INCONTINENTE

TIPO DI

AUSILIO: \_\_\_\_\_

DEAMBULAZIONE:

AUTONOMA                      CON AUSILI                      IN CARROZZINA                      ALLETTATO

TIPO DI AUSILIO: \_\_\_\_\_

NEL CASO DI ALLETTATO:

PER FRATTURA FEMORE                      FRATTURA BACINO                      POLIFRATTURATO: \_\_\_\_\_

VARIE: \_\_\_\_\_

-

DECADIMENTO COGNITIVO:

PRESENTE                      STATO CONFUSIONALE OCCASIONALE                      DEPRESSIONE                      PROBLEMI  
PSICHIATRICI                      DECADIMENTO COGNITIVO LIEVE                      DECADIMENTO COGNITIVO MODERATO

DECADIMENTO COGNITIVO GRAVE

VISTA:

INTEGRO                      CON LENTI                      CECITA'

UDITO:

INTEGRO                      SORDO                      CON APPARECCHIO AUCUSTICO

TERAPIA FARMACOLOGICA:

AUTONOMO                      ASSISTITO

ACCETTA LA TERAPIA:    SI                      NO

ALLERGIE: \_\_\_\_\_

INTOLLERANZE: \_\_\_\_\_

COMIPALTORE:

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

IN QUALITA': \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

Autorizzo al trattamento dei dati privacy

SI