



In allegato alla dichiarazione di
Codice fiscale

Comunicazione della scheda sanitaria

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale				
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		

in qualità di *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

Ruolo								
<input type="text"/>								
Denominazione/Ragione sociale				Tipologia				
<input type="text"/>				<input type="text"/>				
Sede legale								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Codice Fiscale			Partita IVA					
<input type="text"/>			<input type="text"/>					
Telefono		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio				Provincia	Numero Iscrizione			
<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Soggetto interessato

- per sè stesso
- per il seguente soggetto

Cognome		Nome		Codice Fiscale				
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

in qualità di (*)

Ruolo					
<input type="text"/>					

In qualità di ():
amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale*

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- che il paziente ha le seguenti patologie attive

Denominazione patologia

- che le anamnesi patologiche remote sono le seguenti

Anamnesi patologica remota

- che le terapie da applicare sono le seguenti

Terapia o principio attivo	Posologia	Durata

- che il paziente è affetto delle seguenti allergie e intolleranze

Allergie o intolleranze

- che è esente da malattie infettive in atto e può vivere in comunità
- che non è esente da malattie infettive in atto e non può vivere in comunità

la situazione clinica attuale

Patologie	Assente	Lieve	Moderata	Grave	Molto grave
patologia cardiaca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ipertensione arteriosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
patologie vascolari	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
patologie respiratorie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
patologie O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
patologie dell'apparato G.I. superiore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
patologie dell'apparato G.I. inferiore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
patologie epatiche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
patologie renali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
patologie genito - urinarie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
patologie del sistema muscolo-scheletrico, cute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
patologie del SNC e SNP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
patologie endocrine, metaboliche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
patologie psichiatrico-comportamentali depressione, ansia, agitazione, psicosi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

DICHIARA INOLTRE

le seguenti caratteristiche del paziente

in merito al trasferimento dal letto alla sedia

- sono necessarie due persone per il trasferimento del paziente, con o senza ausilio meccanico
- Il paziente collabora, ma è necessaria comunque la collaborazione di una persona
- per una o più fasi del trasferimento è necessaria la collaborazione di una persona
- occorre una persona per garantire la sicurezza e/o infondere fiducia
- il paziente è in grado di muoversi senza pericoli ed è autonomo durante il trasferimento

in merito alla deambulazione

- vi è una dipendenza rispetto alla locomozione
- è necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
- è necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
- il paziente autonomo nella deambulazione, ma necessita di supervisione per ridurre i rischi e infondergli fiducia, non riesce a percorrere 50 mt. senza bisogno di aiuto
- Il paziente è autonomo nella deambulazione, deve essere in grado di indossare corsetti e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego. Inoltre deve poter adoperare stampelle o simili e percorrere dei tratti senza aiuto o supervisione.

in merito all'igiene personale

- il paziente non è in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista
- è necessario assisterlo in tutte le circostanze della igiene personale
- è necessario assisterlo in una o più circostanze della igiene personale
- il paziente è in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e dopo l'operazione da eseguire
- vi è totale indipendenza

- in merito alla locomozione su sedia a rotelle
- il paziente è in carrozzina, dipendente per la locomozione
 - il paziente è in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
 - è indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo o al letto
 - il paziente riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, rendendo necessaria l'assistenza per i tratti difficili
 - il paziente è autonomo e riesce a girare intorno agli spigoli, su sé stesso, di accostarsi al tavolo e deve essere in grado di percorrere almeno 50 metri.

- in merito all'alimentazione
- il paziente è totalmente dipendente, va imboccato
 - il paziente riesce a manipolare qualche posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva
 - il paziente riesce ad alimentarsi sotto supervisione - l'assistenza è limitata ai gesti più complicati
 - il paziente è indipendente nel mangiare, ad eccezione di situazioni particolari
 - vi è una totale indipendenza nel mangiare.

- le seguenti caratteristiche del paziente in merito alla cognitivtà

- confusione
- il paziente è completamente confuso, rendendo la comunicazione, la personalità e le attività cognitive compromesse
 - il paziente è chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
 - il paziente appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
 - il paziente è perfettamente lucido

- irritabilità
- qualsiasi contatto è causa di irritabilità
 - uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare.
 - il paziente mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete
 - il paziente non mostra segni di irritabilità ed è calmo

- irrequietezza
- il paziente cammina avanti e indietro incessantemente ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo
 - il paziente appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, toccando in continuazione vari oggetti.
 - il paziente mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione, ha difficoltà nel mantenere fermi piedi e mani e tocca continuamente vari oggetti.
 - il paziente non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

- in merito ai precedenti ricoveri del paziente

- ci sono ricoveri ospedalieri recenti

Specificare quali ricoveri sono

- il paziente è seguito dal Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze - CDCD (ex U.V.A.)

Specificare ambulatorio

Medico di riferimento

- che non ci sono ricoveri ospedalieri recenti

la presenza di specifiche caratteristiche del paziente

lesioni da decubito

- iniziali
- gravi
- multiple
- sede

Specificare

disturbi del comportamento in fase attiva

- deliri
- aggressività
- allucinazioni
- tentativi di fuga
- irrequietezza motoria
- depressione
- disibinizione
- stato ansioso
- collaborante
- è estraniato dal mondo circostante
- agitazione con spunti aggressivi

altre caratteristiche in merito alla propria costituzione fisica

peso

Specificare

kg

altezza

Specificare

cm

la presenza di eventuali disfunzioni o caratteristiche del paziente

disfagia

nutrizione artificiale

- PEG
- SNG
- NPT

respirazione

- normale
- ossigeno

Specificare

h/die

tracheostomia

ventilazione artificiale

dialisi

abuso di sostanze alcoliche

- in passato

ricoveri in reparti psichiatrici

trattamento riabilitativo

incontinenza urinaria

occasionale

abituale

catetere a permanenza

incontinenza fecale

occasionale

abituale

Orio Al Serio

Luogo

Data

Il dichiarante