

Cognome e Nome

Luogo di nascita (.....) Data di nascita.....

Codice Fiscale

Sesso Stato civile Cittadinanza

Permesso di soggiorno (solo per cittadini extra UE) ☐ SI ☐ NO Scadenza

Residente in Via Città (.....)

Domiciliato in Via Città (.....)

ASST di residenza

Esenzione Scadenza

Esenzione Scadenza

Esenzione Scadenza

Situazione pensionistica ☐ anzianità ☐ sociale ☐ invalidità civile ☐ infortunio sul lavoro

☐ altro

Accompagnamento: ☐ SI ☐ NO ☐ in corso

Legge 104/92 ☐ SI ☐ NO ☐ in corso

Persona di riferimento: ☐ **Tutore** ☐ **Amministratore di sostegno**

.....

cognome e nome Telefono

.....

Data di nascita luogo di nascita Codice fiscale

.....

Documento di identità/n° rilasciato da il scadenza

..... (.....)

città/provincia di residenza via e n° civico

.....

atto n° del tribunale di

Situazione familiare:

Genitori in vita n° Età padre Età madre

Fratelli/sorelle conviventi n° Familiari conviventi n°

Attività prima del ricovero: ☐ nulla/pensionato ☐ lavoratore ☐ studente

Scolarizzazione:

- ☐ concluso obbligo ☐ non concluso obbligo ☐ formazione professionale ☐ scuola superiore
☐ scuola universitaria ☐ Laurea ☐ non nota

Anno conclusione

Titolo conseguito

Servizio/attività lavorativa

- ☐ nessuna ☐ CSE ☐ SFA ☐ Tirocinio Lavoro ☐ Lavoro

2

ATTUALMENTE IL SOGGETTO PER CUI SI PRESENTA DOMANDA DI RICOVERO SI TROVA:

- ☐ al proprio domicilio ☐ in ospedale (indicare quale)
☐ presso i famigliari ☐ in struttura protetta (indicare quale).....

MOTIVI DELLA DOMANDA DI RICOVERO:

- ☐ stato di salute ☐ condizioni abitative
☐ richiesta dei famigliari ☐ trasferimento da altra unità di offerta.....

SERVIZI TERRITORIALI DI CUI HA USUFRUITO:

- ☐ centro psicosociale ☐ CSE ☐ CDD ☐ assistenza domiciliare

ANAMNESI EDUCATIVA**1) Aspetti cognitivo-comportamentali**

- intraprende compiti semplici: ☐ senza nessuna difficoltà ☐ con difficoltà media ☐ con difficoltà totale
 - intraprende compiti articolati: ☐ senza nessuna difficoltà ☐ con difficoltà media ☐ con difficoltà totale
 - comunicazione verbale: ☐ senza nessuna difficoltà ☐ con difficoltà media ☐ con difficoltà totale
 - comunicazione non-verbale: ☐ senza nessuna difficoltà ☐ con difficoltà media ☐ con difficoltà totale

- ha comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo?

- ☐ mai ☐ eccezionalmente ☐ frequentemente

SE SI, QUALI?

.....

2) Analisi obiettiva**LINGUAGGIO**

- Sono presenti particolari caratteristiche del linguaggio (verbale e/o non verbale)?
- Si rilevano difficoltà comunicative specifiche?

.....
.....
.....

AREA RELAZIONALE E SOCIALE

- Come si configura la relazione con i familiari?
- Come interagisce con operatori e altri ospiti?
- Mostra iniziativa relazionale o tende all'isolamento?

.....
.....
.....
.....

CURA DI SÉ, DEGLI SPAZI E DEGLI EFFETTI PERSONALI

- È in grado di mantenere in ordine i propri effetti personali?
- Rispetta e gestisce adeguatamente gli spazi comuni

.....
.....
.....
.....

AREA AFFETTIVA E COMPORTAMENTO SESSUALE

- Sono presenti comportamenti inappropriati o da monitorare, se sì quali?
- Il comportamento affettivo e sessuale è adeguato al contesto?
- La persona riconosce e rispetta i confini interpersonali e le regole di privacy?

.....
.....
.....
.....

CONSUMO di CAFFÈ, e TABACCO,

- È presente consumo abituale di caffè, o tabacco?
- Il consumo influisce sul comportamento o sullo stato di salute? Se sì in che modo?

.....
.....
.....
.....

COMPORTEMENTI PROBLEMATICI

- In quali contesti si manifestano e con quale frequenza?
- Quali strategie risultano efficaci per la gestione?

.....

.....

.....

.....

ABILITÀ COGNITIVE

- La persona è orientata nello spazio e nel tempo?
- Qual è il livello di memoria (breve e lungo termine)?
- Come si presenta la capacità attentiva e di concentrazione?

.....

.....

.....

.....

INTERESSI E ATTIVITÀ SIGNIFICATIVE

- Quali sono gli interessi e gli hobby principali?
- Partecipa volentieri ad attività strutturate?
- Sono presenti abilità o talenti specifici da valorizzare?

.....

.....

.....

.....

INTERVENTI EDUCATIVI E/O RIABILITATIVI IN ATTO

- Sono attualmente attivi percorsi educativi o riabilitativi?
- Con quale frequenza e con quali obiettivi?
- Sono presenti indicazioni terapeutiche specifiche?

.....

.....

.....

.....

ANAMNESI MEDICO-SANITARIA

Evento indice Data evento indice

Diagnosi principale

Codice ICD

Altra diagnosi

Codice ICD

Altra diagnosi

Codice ICD

Altra diagnosi

Codice ICD

Altra diagnosi

Codice ICD

Altra diagnosi

Codice ICD

5

1. Alimentazione e idratazione☐ autonoma☐ necessita di assistenza parziale (es. x tagliare il cibo)☐ è completamente dipendente☐ alimentazione speciale (es. frullati, NPT, NET...)

Note:

2. Abbigliamento☐ sa vestirsi☐ sa svestirsi☐ ha bisogno di aiuto☐ sa indossare le calzature☐ sa togliersi le calzature☐ ha bisogno di aiuto☐ totalmente dipendente

Note:

3. Deambulazione☐ autonomo

necessita di ausili

☐ bastone☐ carrozzina☐ deambulatore☐ necessita dell'assistenza di una persona☐ allettatoRischio cadute: ☐ basso ☐ medio ☐ alto☐ altro**4. Utilizzo presidi**☐ materasso antidecubito☐ sollevatore☐ pannoloni e simili☐ altro**5. Orientamento spazio temporale**☐ presente☐ orientato solo spazio☐ orientato solo tempo☐ compromesso

Note:

6. Trasferimenti

- ☐ sa trasferirsi da seduto ☐ sa trasferirsi da sdraiato ☐ ha bisogno di aiuto
☐ totalmente dipendente

7. Igiene personale

- | | | | |
|--|-----------------------------------|---|--|
| sa lavare le parti del corpo | <input type="checkbox"/> autonomo | <input type="checkbox"/> parz. dipendente | <input type="checkbox"/> tot. dipendente |
| sa lavare tutto il corpo | <input type="checkbox"/> autonomo | <input type="checkbox"/> parz. dipendente | <input type="checkbox"/> tot. dipendente |
| si lava la faccia, si pettina, si lava i denti e si rade | <input type="checkbox"/> autonomo | <input type="checkbox"/> parz. dipendente | <input type="checkbox"/> tot. dipendente |
| sa asciugarsi | <input type="checkbox"/> autonomo | <input type="checkbox"/> parz. dipendente | <input type="checkbox"/> tot. dipendente |

6

8. Respirazione

- ☐ autonoma ☐ necessita di assistenza

9. Eliminazione urinaria

- ☐ autonoma ☐ necessita di assistenza ☐ continente
☐ saltuariamente incontinente ☐ incontinente

Presidi Urinari:

- ☐ nessuno ☐ catetere vescicale ☐ nefrostomia ☐ urostomia ☐ altro

se presenti, specificare: tipo calibro.....ultima sostituzione:

10. Eliminazione intestinale

- Funzione intestinale: ☐ regolare ☐ stipsi ☐ diarroico ☐ irregolare
☐ continente ☐ saltuariamente incontinente ☐ incontinente

- Presidi intestinali: ☐ nessuno ☐ colostomia ☐ ileostomia ☐ altro

- Gestione del presidio: ☐ autonoma ☐ parzialmente autonoma ☐ non autonoma

Note:

11. Stato della cute

- ☐ Integra ☐ arrossamenti ☐ lesioni
☐ piaghe da decubito: specificare grado e medicazione in atto

12. Problemi di interesse psicopatologico:

- Convulsioni
- Ansie
- Fobie
- Disturbi dell'alimentazione
- Iperattività motoria
- Comportamenti antisociali
- Tratti autistici
- Altro

7

13. Ciclo sonno/veglia

- ☐ regolare ☐ difficoltà all'addormentamento ☐ risvegli frequenti
☐ risvegli precoci ☐ inversione ritmo sonno/veglia ☐ sonnolenza diurna

Utilizza Farmaci per il sonno: ☐ NO ☐ SI: Specificare quali.....

Note:

14. Presenza del ciclo mestruale

- ☐ NO ☐ SI

Se sì, autonomia del cambio del presidio assorbente: ☐ totale ☐ parziale ☐ non autonoma

15. Esame obiettivo

Capo e collo

.....

.....

Torace

.....

.....

Cuore e vasi

.....

.....

Addome e apparato gastro-intestinale

.....

.....

Sistema endocrino-metabolico

.....

.....

Apparato genito-urinario

.....

.....

Apparato emopoietico e linfonodale

.....

.....

Organi di senso (vista, udito)

.....

.....

Apparato muscolo-scheletrico e articolare

.....

.....

Alterazioni di interesse podologico

.....

.....

Cute e mucose

.....

.....

Di quali malattie ha sofferto

.....

.....

Malattie gravi subite dai genitori e/o fratelli.....

.....

.....

Stato di coscienza

.....

.....

Comportamento

.....

.....

Linguaggio

.....

.....

Livello di attenzione

.....

.....

Postura

.....

.....

Andatura

.....

.....

Movimenti involontari

.....

.....

Allergie

.....

.....

Ultimi esami ematici e strumentali

.....

.....

16. Vaccinazioni eseguite

☐ obbligatorie ☐ Facoltative

17. Ricoveri Precedenti

| OSPEDALI | Data ricovero | Data dimissione |
|----------|---------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |

| RESIDENZE PROTETTE | Data ricovero | Data dimissione |
|--------------------|---------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |

| ALTRO | Data ricovero | Data dimissione |
|-------|---------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |

18. Terapia in atto

| MATTINO | MEZZOGIORNO | SERA | AL BISOGNO |
|---------|-------------|------|------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Comunicazioni del medico curante:

.....

.....

.....

.....

Compilazione:

| | |
|------------|------------|
| Data | Firma..... |
| Data | Firma..... |
| Data | Firma..... |