



Data di emissione: IN SPERIMENTAZIONE

Approvazione: RAQ Bolgia Cristina

## Diabete mellito

- NO  
 SI       antidiabetici orali       insulina

## Mobilità

- autonomo       cammina con aiuto       totalmente dipendente       allettato  
Ausili:       girello       carrozzina       altro .....  
Trattamento riabilitativo in corso:     No       Si .....

## Cadute negli ultimi 6 mesi

- NO       SI    Esiti .....

## Alimentazione

- autonomo       dipendente .....  
 dieta libera       dieta speciale per .....  
 disfagia ai liquidi .....       disfagia ai solidi .....  
 SNG / PEG / NPT .....  
Altro .....

## Respirazione

- eupnoica       dispnea .....       ossigenoterapia (litri/minuto .....

## Eliminazione

- continente       incontinenza saltuaria       incontinenza doppia       catetere vescicale  
 urostomia       colostomia       ileostomia  
Note .....

## Ritmo sonno/veglia

- conservato       Alterato .....

## Vista

- conservata       occhiali       ipovisus       cecità

## Udito

- conservato       protesi acustiche       ipoacusia       sordità

## Ulcere cutanee

- NO  
 da pressione n. \_\_\_\_\_       vascolare n. \_\_\_\_\_       diabetica n. \_\_\_\_\_  
 SI      Sede .....  
Trattamento/Note .....

## Allergie / intolleranze

- NO       SI .....

Data di emissione: IN SPERIMENTAZIONE

Approvazione: RAQ Bolgia Cristina

### Patologie infettive contagiose

NO  SI .....

### Patologie infettive da germi multiresistenti

NO  SI

Germi patogeni: .....

Eventuale antibiogramma: .....

### Interventi programmati, necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodici (es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni)

NO  SI .....

### Misure di protezione

Tipologia	Diurna	Notturna	Note
spondine al letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
cintura addominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Data \_\_\_\_\_

IL MEDICO CURANTE o dell'OSPEDALE

**N.B.:** Al momento dell'ingresso, il medico dell'APSP verificherà con il medico curante eventuali variazioni dello stato di salute della persona intercorse dalla data di compilazione del presente quadro clinico all'ingresso in Struttura.

Con la seguente firma dichiaro esplicitamente di aver compreso l'informativa di cui all'art. 13 del Regolamento UE sulla protezione dei dati e sulle modalità di trattamento dei dati personali e sensibili posta in essere dall'A.P.S.P. "S. Spirito – Fondazione Montel" (pubblicata sul sito [www.apsp-pergine.it](http://www.apsp-pergine.it) nonché disponibile presso gli uffici) e di esprimere liberamente il mio consenso al trattamento.

Mi impegno ad allegare documentazione recente e terapia in atto al momento dell'ingresso in Struttura.

Pergine Valsugana, .....

Firma Referente

### VALUTAZIONE SANITARIA RISERVATA ALL'UVM I e AL COORDINATORE SANITARIO

#### Favorevole all'ingresso presso i Servizi Residenziali:

RSA

CASA SOGGIORNO

#### Non favorevole per le seguenti motivazioni:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IL COORDINATORE SANITARIO

IL COORDINATORE DEI SERVIZI