

 RSA CDI MINIALLOGGI RICHIESTA DI  
INVALIDITA'**SCHEDA DI INSERIMENTO****CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE**

## Informazioni anagrafiche

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**Parte per il Medico curante**

Anamnesi patologica  
remota  
oltre alle comuni  
informazioni relative a  
patologie pregresse,  
specificare eventuali  
aspetti psicologici e/o  
comportamentali noti che  
hanno richiesto terapie  
specifiche (es. sindromi  
depressive, stati  
maniacali, alterazioni della  
personalità, abuso  
alcolico, tabagismo)

Malattie infettive note  
epatiti, TBC, malattie  
sessualmente trasmesse

Situazione clinica attuale  
patologie in atto  
condizioni invalidanti

Dispositivi in uso	Catetere vescicale ..... Sondino naso-gastrico ..... PEG ..... Catetere venoso centrale ..... Pace-maker ..... ICD (defibrillatore) ..... Tracheostomia ..... Stomie ..... Broncoaspirazione ..... Porth-a-cath ..... Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro) ..... Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno ..... Ventilatore per insuff. respiratorie gravi .....
Ausili/presidi in uso Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesioni da decubito</li> <li>• Ferite chirurgiche in trattamento</li> </ul> Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro)	
Terapia in atto Oltre ai farmaci tradizionali, specificare se il paziente ha in atto piani terapeutici attivi, terapia del dolore ( <i>specificare se          oppiacei o farmaci con          ricetta ministeriale</i> ), diete particolari (per insufficienza renale; celiachia; altro) <b>ALLERGIE</b>	
Cadute negli ultimi sei mesi	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Interventi programmati necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì specificare ..... .....

Stato nutrizionale	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Variazioni ponderali negli ultimi sei mesi  Note <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Giudizio sulla stabilità clinica	<input type="checkbox"/> <b>Stabile</b>	nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a d intervalli > 60 gg.
	<input type="checkbox"/> <b>Moderatamente stabile</b>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni
	<input type="checkbox"/> <b>Moderatamente instabile</b>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana
	<input type="checkbox"/> <b>Instabile</b>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano
	<input type="checkbox"/> <b>Acuzie</b>	con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani

<b>Compilare in caso di richiesta di accertamento degli stati di invalidità civile, condizioni visive e sordomutismo</b>	<b><i>Il paziente è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita:</i></b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b><i>Si richiede visita domiciliare:</i></b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--	--

data

firma

.....

.....

 RSA CDI MINIALLOGGI RICHIESTA DI  
INVALIDITA'**SCHEDA DI INSERIMENTO**

## Informazioni anagrafiche

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Professione, pensione, invalidità

Professione svolta in passato \_\_\_\_\_

Pensione SI' NO Ente erogatore \_\_\_\_\_

Invalidità SI' NO Codice invalidità \_\_\_\_\_

Modalità di gestione del reddito

Anziano stesso Familiare Amministratore Altro 

Persona/familiare di riferimento

Altri familiari (indicando sia familiari che possono o potrebbero dare sostegno)

Medico di Assistenza Primaria

Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

Tel.....

Servizi di supporto in atto (assistente domestica, ADI, servizio pasti a domicilio, CDI, ecc...)

Provenienza

Domicilio, Ospedale, SDR, RSA, altro

Parte per la famiglia/caregiver

Diete particolari	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> Specificare _____
Comportamenti auto lesivi	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> Specificare _____
Fumo	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>
Alcol	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>
Interessi attuali Lettura, TV, contatti con amici/parenti, attitudini manuali	
Capacità di nutrirsi	Autonomo <input type="checkbox"/> Necessita di stimolo o sorveglianza <input type="checkbox"/> Deve essere imboccato <input type="checkbox"/>
Masticazione	Normale <input type="checkbox"/> Difficoltà per cibi duri <input type="checkbox"/> Mangia solo cibi molli <input type="checkbox"/> Non si alimenta per bocca <input type="checkbox"/>
Protesi dentarie	NO <input type="checkbox"/> SI' la usa <input type="checkbox"/> SI' ma non la usa <input type="checkbox"/>
Piccola igiene personale (lavarsi le mani, faccia, braccia, farsi la barba, tagliarsi le unghie)	Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/>
Bagno/doccia	Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/>

Parte per la famiglia/caregiver

Continenza vescicale	Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Catetere <input type="checkbox"/>
Continenza intestinale	Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Stomia <input type="checkbox"/>
Uso dei servizi igienici	Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/>
Capacità di vestirsi	Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/>
Vista	Normale <input type="checkbox"/> Con lenti <input type="checkbox"/> Ipo visus/cecità <input type="checkbox"/>
Udito	Integro <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Ipoacusia/sordità <input type="checkbox"/>
Capacità di leggere	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Capacità di scrivere	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Linguaggio	Normale <input type="checkbox"/> Alterato <input type="checkbox"/>

Parte per la famiglia/caregiver

Mobilità	Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Protesi <input type="checkbox"/> Allettato <input type="checkbox"/>
Capacità di salire le scale	Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Non in grado <input type="checkbox"/>
Trasferimento letto/carrozzina/poltrona	Autonomo <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Non in grado <input type="checkbox"/>
Uso della sedia a rotelle	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> Autonomo nell'uso SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ausili utilizzati	Nessuno <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> Specificare quali _____ Di proprietà <input type="checkbox"/> Fornito da _____ Il ____/_____/____
Accetta la terapia	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>
Assume la terapia autonomamente	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>
Sonno - riposo	Normale <input type="checkbox"/> Disturbato <input type="checkbox"/> Insonnia <input type="checkbox"/>

Parte per la famiglia/caregiver

Aggressività	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A volte <input type="checkbox"/>
Tendenza alla fuga/perdersi	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A volte <input type="checkbox"/>
Cadute negli ultimi 6 mesi	SI' <input type="checkbox"/> Numero cadute _____ NO <input type="checkbox"/>
Utilizza una contenzione	SI' <input type="checkbox"/> Specificare _____ _____ NO <input type="checkbox"/>
Previsione di contatti con il paziente (es. n° di visite alla settimana che i familiari ritengono di poter effettuare)	

ALL'ATTO DEL RICOVERO, SI RACCOMANDA DI CONSEGNARE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DELL'OSPITE

data

firma

.....

.....