



DATI DEL PAZIENTE

COGNOME

NOME

SINTESI CLINICO ANAMNESTICA CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLE PATOLOGIE INVALIDANTI

INTERVENTI CHIRURGICI

APPARATO CARDIO-VASCOLARE

- | | |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ipertensione | <input type="checkbox"/> Insufficienza cardiaca |
| <input type="checkbox"/> Insufficienza vascolare | <input type="checkbox"/> Pace-maker o defibrillatore |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatia Ischemica | <input type="checkbox"/> Arteriopatia obliterante arti inferiori |
| <input type="checkbox"/> Altro | |

APPARATO BRONCO-POLMONARE

- | | |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bpco/Asma | <input type="checkbox"/> O2 domiciliare |
| <input type="checkbox"/> Polmoniti pregresse | <input type="checkbox"/> Tracheotomia/tracheostomia |
| <input type="checkbox"/> Embolie polmonari pregresse | <input type="checkbox"/> TBC pregressa |
| <input type="checkbox"/> Altro | |

APPARATO GASTRO-INTESTINALE

- | | |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ernia iatale/reflusso gastroesofageo/gastrite | <input type="checkbox"/> Colostomia |
| <input type="checkbox"/> IBD | <input type="checkbox"/> Diverticolosi |
| <input type="checkbox"/> Epatopatia cronica/cirrosi | <input type="checkbox"/> Pancreatite cronica |
| <input type="checkbox"/> Litiasi biliare | <input type="checkbox"/> PEG |
| <input type="checkbox"/> Incontinenza fecale | <input type="checkbox"/> Altro |
| o saltuaria | |
| o permanente | |



INTOLLERANZA A SOSTANZE ALLERGENICHE

- | | |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Crostacei e prodotti derivati | <input type="checkbox"/> Sedano e prodotti derivati |
| <input type="checkbox"/> Arachidi e prodotti derivati | <input type="checkbox"/> Semi di sesamo e prodotti derivati |
| <input type="checkbox"/> Soia e prodotti derivati | <input type="checkbox"/> Senape e prodotti derivati |
| <input type="checkbox"/> Lupini e prodotti derivati | <input type="checkbox"/> Uova e prodotti derivati |
| <input type="checkbox"/> Cereali contenenti glutine e derivati | <input type="checkbox"/> Frutta a guscio : |
| <input type="checkbox"/> Pesce e prodotti derivati | <input type="checkbox"/> Molluschi e prodotti derivati |
| <input type="checkbox"/> Latte e prodotti derivati, incluso lattosio | <input type="checkbox"/> Anidride solforosa e solfiti in concentrazioni superiori a 10 mg/Kg o 10 mg/l espressi come SO ₂ |
| <input type="checkbox"/> Altro | |

APPARATO GENITO-URINARIO

- | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Insufficienza renale cronica | <input type="checkbox"/> Litiasi renale |
| <input type="checkbox"/> Iperplasia/ Neoplasia prostatica | <input type="checkbox"/> Ureterocutaneostomia |
| <input type="checkbox"/> Catetere vescicale | <input type="checkbox"/> Altro |
| <input type="checkbox"/> Incontinenza Urinaria | |
| ○ saltuaria | |
| ○ permanente | |

APPARATO OSTEO-ARTICOLARE

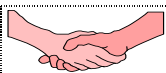
- | | |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Artrosi invalidante | <input type="checkbox"/> Fratture pregresse |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosi | <input type="checkbox"/> Protesi |
| <input type="checkbox"/> Altro | |

APPARATO NEUROLOGICO/SENSORIALE

- | | |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tia | <input type="checkbox"/> Deficit cognitivi |
| <input type="checkbox"/> Ictus: | <input type="checkbox"/> Demenza senile |
| ○ Emiparesi destra / sinistra | <input type="checkbox"/> Demenza vascolare cronica |
| ○ Afasia | <input type="checkbox"/> Morbo di Parkinson |
| ○ Altro | <input type="checkbox"/> Morbo di Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Sindrome ansioso-depressiva | <input type="checkbox"/> Episodi di wandering/fughe |
| <input type="checkbox"/> Patologia psichiatrica | <input type="checkbox"/> Grave deficit uditivo |
| <input type="checkbox"/> Allucinazioni/deliri/psicosi | <input type="checkbox"/> Grave deficit visivo |
| <input type="checkbox"/> Aggressività | <input type="checkbox"/> Altro |
| ○ verbale | |
| ○ fisica | |

MALATTIE METABOLICHE

- | | |
|------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabete mellito | <input type="checkbox"/> Distiroidismi |
| ○ Insulino-dipendente | <input type="checkbox"/> Altro |
| ○ Non insulino-dipendente | |



DICHIARAZIONE

Il sottoscritto in qualità di:

Medico curante Altro

a seguito della valutazione da Me effettuata in data dichiara che

il/la Signor/a viene classificato/a
come:

- Soggetto autosufficiente con autonomia nelle attività di vita quotidiana - nella sfera motoria, cognitiva e comportamentale.
- Soggetto parzialmente autosufficiente che presenta dipendenze nelle attività di vita quotidiana e/o compromissioni motorie, comportamentali, cognitive di carattere medio - lieve
- Soggetto non autosufficiente con compromissione motoria, comportamentale e/o cognitiva medio - grave
- Soggetto non autosufficiente con elevato grado di compromissione clinica e/o terapie multiple e complesse

Luogo e data

Timbro e firma del Medico