

A.P.S.P. Centro Residenziale "A. Collini" Via Genova n. 84 38086 PINZOLO	QUADRO CLINICO	MODULO 1.2.1 B Rev. 00 Pag. 1 di pag. 2
---	-----------------------	--

COMUNICAZIONI MEDICO-SANITARIE:

Si dichiara che il/la Sig./ra _____

nato/a _____ il _____ e residente a _____

n. codice fiscale | _____ | _____ | _____ | _____ |

n. esenzione ticket | _____ | _____ | _____ | _____ |

Proveniente da:

- ☐ Domicilio
- ☐ Ospedale _____
- ☐ Altro Istituto _____

Presenta la seguente diagnosi:

La terapia seguita attualmente è la seguente (specificare posologie e orari):

Valutazione UVM ☐ sì ☐ no ☐ in corso

A.P.S.P. Centro Residenziale "A. Collini" Via Genova n. 84 38086 PINZOLO	QUADRO CLINICO	MODULO 1.2.1 B Rev. 00 Pag. 2 di pag. 2
---	-----------------------	--

NOTIZIE INFORMATIVE SULLE CONDIZIONI GENERALI DELL'UTENTE:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Accudisce autonomamente all'igiene personale | ☐ SÌ | ☐ NO |
| 2. Si muove con totale autonomia | ☐ SÌ | ☐ NO |
| 3. Necessita di essere accompagnato | ☐ SÌ | ☐ NO |
| 4. Utilizza carrozzina o ausili che agevolano gli spostamenti | ☐ SÌ | ☐ NO |
| 5. È persona incontinente con uso di pannoloni o traverse | ☐ SÌ | ☐ NO |
| 6. È allettato | ☐ SÌ | ☐ NO |
| 7. È possibile un recupero motorio | ☐ SÌ | ☐ NO |
| 8. È persona diabetica | ☐ SÌ | ☐ NO |
| 9. Ha particolari esigenze dietetiche | ☐ SÌ | ☐ NO |

Se sì specificare quali _____

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 10. È persona affetta da malattie infettive | ☐ SÌ | ☐ NO |
| 11. È affetto da demenza con disturbi del comportamento | ☐ SÌ | ☐ NO |
| 12. È seguito o è stato seguito dai servizi psichiatrici | ☐ SÌ | ☐ NO |
| 13. Soffre di insonnia | ☐ SÌ | ☐ NO |
| 14. Soffre di disfagia | ☐ SÌ | ☐ NO |
| 15. Ha tentato/è a rischio di fuga dal domicilio/altra struttura | ☐ SÌ | ☐ NO |

ALTRE INFORMAZIONI: _____

Data _____

IL MEDICO CURANTE
(timbro e firma)
