



QUADRO CLINICO

Compilazione a cura del medico curante

Si dichiara che il/la Sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____

residente a _____ Via _____ n° _____

Presenta la seguente diagnosi:

La terapia in atto è la seguente:

Notizie informative sulle condizioni generali dell'utente:

- | | | |
|--|-----------------------------|---|
| 1. Deficit visivo importante | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> NO |
| 2. Decadimento cognitivo | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> NO |
| 3. Disturbi del comportamento: | | |
| • Wandering | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> NO |
| • Affaccendamento | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> NO |
| • Agitazione | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> NO |
| • Ritmo sonno veglia alterato | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> NO |
| • Agiti aggressivi | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> NO |
| | | Verbali <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO Fisici <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO |
| 4. Rischio cadute | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> NO |
| 5. Contenzione | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> NO |
| 6. Uso di ausili per la deambulazione | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> NO |
| 7. Uso del sollevatore per la mobilizzazione | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> NO |
| 8. Disfagia | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> NO |
| 9. PEG | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> NO |
| 10. Catetere vescicale | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> NO |
| 11. Altri devices | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> NO |



A.P.S.P. CIVICA DI TRENTO

- | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 12. Tracheostomia | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 13. Lesioni da decubito | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 14. Lesioni vascolari | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 15. Allergie note | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |

Il Medico curante

Data _____

Con la seguente firma dichiaro esplicitamente di aver letto e compreso l'informatica di cui all'art. 13 del Regolamento UE sulla protezione dei dati e sulle modalità di trattamento dei dati personali e sensibili disponibile nella domanda di ammissione presso R.S.A. – posto letto non convenzionato e di esprimere liberamente il mio consenso al trattamento.

Data, _____

Firma referente