



DATI DEL PAZIENTE

COGNOME

NOME

SINTESI CLINICO ANAMNESTICA CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLE PATOLOGIE INVALIDANTI

INTERVENTI CHIRURGICI

APPARATO CARDIO-VASCOLARE

- Ipertensione
- Insufficienza vascolare
- Cardiopatia Ischemica
- Altro
- Insufficienza cardiaca
- Pace-maker o defibrillatore
- Arteriopatia obliterante arti inferiori

APPARATO BRONCO-POLMONARE

- Bpco/Asma
- Polmoniti pregresse
- Embolie polmonari pregresse
- Altro
- O2 domiciliare
- Tracheotomia/tracheostomia
- TBC pregressa

APPARATO GASTRO-INTESTINALE

- Ernia iatale/reflusso gastroesofageo/gastrite
- IBD
- Epatopatia cronica/cirrosi
- Litiasi biliare
- Incontinenza fecale
  - o saltuaria
  - o permanente
- Colostomia
- Diverticolosi
- Pancreatite cronica
- PEG
- Altro



### 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 SO2 |
| <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