



protocollo@aslcn1.legalmailPA.it

[illegible]

CONDIZIONI ATTUALI

DEFICIT SENSORIALI:

- ☐ grave deficit visivo (anche con correzione)
- ☐ grave deficit uditivo (anche con correzione)

Nota

DEAMBULAZIONE:

- ☐ normale
- ☐ cammina con aiuto o assistenza
- ☐ presenta rischio di caduta
- ☐ costretto a letto, poltrona o carrozzella

Nota

INCONTINENZA ☐ sì ☐ no

- | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Urinaria | ☐ saltuaria | ☐ permanente |
| Fecale | ☐ saltuaria | ☐ permanente |
| ☐ Catetere vescicale | ☐ colostomia | |

Nota

ALIMENTAZIONE

- ☐ autonoma
- ☐ deve essere imboccato
- ☐ presenta disfagia
- ☐ presenza di PEG

Presenza di magrezza patologica ☐ sì ☐ no

Nota

DISTURBI MOTORI

Paralisi / paresi di

- | | | |
|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Instabilità motoria | ☐ sì | ☐ no |
| Deficit equilibrio | ☐ sì | ☐ no |
| Tendenza alle cadute | ☐ sì | ☐ no |

Nota

VALUTAZIONE PSICO-RELAZIONALE

Disturbi importanti della memoria	☐ si	☐ no	
Orientamento tempo/spaziale		☐ normale	☐ patologico
Episodi di disorientamento t/s	☐ si	☐ no	
Disorientamento costante	☐ si	☐ no	
Disturbi della parola	☐ si	☐ no	
Disturbi della comunicazione	☐ si	☐ no	

Nota

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

Agitazione psico-motoria	☐ costante	☐ saltuaria
Aggressività	☐ verbale	☐ fisica
Deambulazione afinalistica	☐ fughe	☐ wandering
Insonnia	☐	
Inversione del ritmo sonno/veglia	☐	

Utilizzo di psicofarmaci (specificare) _____

TONO DELL'UMORE

☐ normale ☐ depresso ☐ euforico

Pratica / ha praticato terapie antidepressive ☐ si ☐ no

Nota

PRESENZA DI LESIONI CUTANEE

☐ si ☐ no

Sedi e attuali medicazioni _____

ALLERGIE

OSSERVAZIONI

Data di compilazione

___/___/___

Timbro e firma leggibile
MMG/Medico Curante
