



## "CENTRO DIURNO POLIVALENTE DISTRETTUALE"

### SCHEDA DI VALUTAZIONE SANITARIA

#### **Medico di medicina generale:**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo ambulatorio \_\_\_\_\_

Tel/Cell. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

#### **Dati utente:**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

#### **Informazioni sanitarie:**

Servizio/i socio-sanitario/i che ha/hanno in carico l'utente:

\_\_\_\_\_

Eventuali terapie farmacologiche in corso \_\_\_\_\_

Eventuali terapie riabilitative in corso \_\_\_\_\_

Altre terapie in corso ( specificare) \_\_\_\_\_

#### **1)Disturbi mentali – psicologici – neurologici:**

Ritardo mentale (specificare se lieve, medio, grave) e allegare certificato medico specialistico:

\_\_\_\_\_

- Patologie Psichiatriche\_\_\_\_\_ (allegare certificato medico specialistico)
- Abuso di sostanze o Dipendenze\_\_\_\_\_
- Altri disturbi mentali/psicologici/comportamentali\_\_\_\_\_ (allegare certificato medico specialistico)
- Disturbi del sistema nervoso\_\_\_\_\_
- Altro (specificare)\_\_\_\_\_

## **2) Quadro sensorio e comunicazione:**

### Linguaggio (comprensione):

- normale  comprende solo frasi semplici  comprensione non valutabile  non comprende

### Linguaggio (produzione):

- parla normalmente  linguaggio menomato ma esprime comunque il suo pensiero  si comprendono solo parole isolate  non si esprime

### Udito:

- normale  deficit, ma adeguato alle necessità personali  deficit non correggibile  sordità completa

### Vista:

- normale  deficit, ma adeguato alle necessità personali  deficit non correggibile  cecità e bisogno di assistenza

## **3) Problematiche alimentari :**

Intolleranze e/o allergie\_\_\_\_\_ (allegare certificato)

Patologie e/o condizioni funzionali che comportano difficoltà nell'assunzione dei pasti o che richiedono un'alimentazione speciale:

\_\_\_\_\_

## **4) Situazione funzionale :**

### Mobilità (anche con l'ausilio di supporti):

- piena mobilità  richiede aiuto per alzarsi  richiede aiuto per sedersi  richiede aiuto per deambulare  richiede aiuto per fare le scale  non deambula

### Controllo sfinterico

- incontinenza urinaria  incontinenza intestinale

### Toilette (Valutazione della capacità di andare autonomamente in bagno, di pulirsi e rivestirsi.)

- autonomo  ha bisogno di assistenza/ supervisione per recarsi in bagno  completamente dipendente

### Capacità di alimentarsi

- autonomo  ha bisogno di assistenza per alcune operazioni  non è in grado di alimentarsi da solo

### Assunzione dei farmaci:

autonomo  richiede assistenza

**5) Presenza di altre patologie, condizioni di salute, limitazioni fisiche e funzionali che potrebbero interferire sulla partecipazione alle attività svolte presso il centro diurno, sulla vita di relazione e/o sul livello di autonomia del disabile**

---

---

**6) Descrivere eventuali comportamenti della persona che potrebbero influire sulle dinamiche di gruppo durante le attività da svolgersi all'interno/all'esterno del centro**

---

---

Eventuali osservazioni e/o notizie utili:

---

---

---

---

Luogo e data

---

Il medico curante

---