



"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
