

Residenza protetta per Anziani
Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
"Letizia Veralli, Giulio ed Angelo Cortesi"
Via Tiberina, n.11 06059 TODI (PG)
Tel. 075/8942362

VALUTAZIONE CLINICA E FUNZIONALE PRELIMINARE ALL'INGRESSO IN STRUTTURA

MODULO DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO DI BASE
DELLA PERSONA DI CUI SI RICHIEDE L'INGRESSO

Residenza protetta per Anziani
Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
"Letizia Veralli, Giulio ed Angelo Cortesi"
Via Tiberina, n.11 06059 TODI (PG)
Tel. 075/8942362

COGNOME E NOME _____ **ETA'** _____

CONDIZIONI GENERALI ☐ Buone ☐ Discrete ☐ Scadenti ☐ Pessime

PATOLOGIA PREVALENTE _____

PATOLOGIE ASSOCIATE _____

GRADO DI DISABILITA' NELLE ATTIVITA' DI VITA QUOTIDIANA

A.D.L.	Autonomo	Con aiuto	Disabile	Note
Alimentazione				
Bagno				
Controllo sfinterico				
Spostamenti				
Toilette				
Vestizione				

PROTESI NECESSARIE E AUSILI INDISPENSABILI PER ALCUNE A.D.L.

FUNZIONE	TIPO	UTILIZZO
Alimentazione		
Bagno		
Controllo sfinterico		
Spostamenti		
Toilette		
Vestirsi		

PROBLEMATICHE

Muscolo scheletrica	☐ Rigidità ☐ Anchilosi ☐ Osteoporosi ☐ Recenti fratture
Stato della cute	☐ Piaghe ☐ Ferite chirurgiche ☐ Buono ☐ Altro

Residenza protetta per Anziani
Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
"Letizia Veralli, Giulio ed Angelo Cortesi"
 Via Tiberina, n.11 06059 TODI (PG)
 Tel. 075/8942362

Allergia	☐ Alimentare ☐ Farmaci ☐ Non riferite
----------	--

CONDIZIONE NEUROPSICOLOGICA E PSICOCOMPORTAMENTALE

Vigilanza	☐ Presente ☐ Ridotta ☐ Assente
Com portamento	☐ Normale ☐ Disturbato ☐ Altro
Linguaggio	☐ Normale ☐ Alterato ☐ Altro ☐ Non parla ☐ Non comprende
Memoria	☐ Buona ☐ Compromessa
Orientamento	☐ Presente ☐ Parziale ☐ Assente
Stato dell'umore	☐ Normale ☐ Lievemente ridotto ☐ Fortemente ridotto
Sostegno familiare	☐ Presente ☐ Parzialmente presente ☐ Assente
Capacità di relazione	☐ Presente ☐ Parzialmente presente ☐ Assente

TERAPIA FARMACOLOGICA PREGRESSA

FARMACO	DOSE	VIA	POSOLOGIA

TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO

FARMACO	DOSE	VIA	POSOLOGIA

Residenza protetta per Anziani
Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
"Letizia Veralli, Giulio ed Angelo Cortesi"
Via Tiberina, n.11 06059 TODI (PG)
Tel. 075/8942362

Allergie ☐ NO ☐ SI quali _____

Altre eventuali osservazioni e/o prescrizioni _____

Ricognizione effettuata con _____

Presente lista farmaci redatta da MMG ☐ SI ☐ NO

Data e ora compilazione _____

COGNOME E NOME MEDICO _____

VALUTAZIONE CONCLUSIVA

Sulla base delle evidenze cliniche e funzionali il MMG dichiara l'Ospite:

- ☐ IDONEO al trasferimento in struttura
☐ NON IDONEO al trasferimento in struttura

Si decide una nuova valutazione tra _____ giorni.

Il Medico Curante

Data _____ Firma _____

Residenza protetta per Anziani
Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
"Letizia Veralli, Giulio ed Angelo Cortesi"
Via Tiberina, n.11 06059 TODI (PG)
Tel. 075/8942362

PRESCRIZIONE MEZZI DI CONTENZIONE/PROTEZIONE

Poichè il/la Sig. _____

affetto/a da _____
presenta: ☐ rischio di caduta ☐ agitazione psico-motoria
☐ autolesionismo ☐ eterolesionismo
☐ stato di incoscienza ☐ trattamento intensivo

SI AUTORIZZA L'USO DI	DURATA DI	CON UTILIZZO
Sponde al letto: ☐ n._giorni ☐ occasionalmente ☐ diurno	☐ n._mesi ☐ permanente	☐ notturno
Fascia pelvica: ☐ n._giorni ☐ occasionalmente ☐ diurno	☐ n._mesi ☐ permanente	☐ notturno
Fascia per carrozzina: ☐ n._giorni ☐ occasionalmente ☐ diurno	☐ n._mesi ☐ permanente	☐ notturno
Corsetto: ☐ n._giorni ☐ occasionalmente ☐ diurno	☐ n._mesi ☐ permanente	☐ notturno
Tavolino per carrozzina: ☐ n._giorni ☐ occasionalmente ☐ diurno	☐ n._mesi ☐ permanente	☐ notturno
Bracciali di immobilizzazione: ☐ n._giorni ☐ occasionalmente ☐ diurno	☐ n._mesi ☐ permanente	☐ notturno

Tale provvedimento, dopo essere stato riferito ai parenti/delegato del paziente nella figura del Sig/ra

_____ viene effettuato al fine di preservare l'integrità fisica
del paziente stesso.

Per conoscenza ed approvazione

Il parente / tutore _____ Il Direttore Sanitario _____

Il Medico di Base _____ P.C. Il Direttore del Presidio _____