



**SCHEDA DI INSERIMENTO**

RSA

CDI

MINIALLOGGI

RICHIESTA DI INVALIDITA'

**CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE**

Informazioni anagrafiche

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**Parte per il Medico curante**

<p>Anamnesi patologica remota oltre alle comuni informazioni relative a patologie pregresse, specificare eventuali aspetti psicologici e/o comportamentali noti che hanno richiesto terapie specifiche (es. sindromi depressive, stati maniacali, alterazioni della personalità, abuso alcolico, tabagismo)</p>	
<p>Malattie infettive note epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse</p>	
<p>Situazione clinica attuale patologie in atto condizioni invalidanti</p>	

Dispositivi in uso	Catetere vescicale ..... Sondino naso-gastrico ..... PEG ..... Catetere venoso centrale ..... Pace-maker ..... ICD (defibrillatore) ..... Tracheostomia ..... Stomie ..... Broncoaspirazione ..... Porth-a-cath ..... Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro) ..... Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno ..... Ventilatore per insuff. respiratorie gravi .....
Ausili/presidi in uso Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesioni da decubito</li> <li>• Ferite chirurgiche in trattamento</li> </ul> Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro)	
Terapia in atto Oltre ai farmaci tradizionali, specificare se il paziente ha in atto piani terapeutici attivi, terapia del dolore ( <i>specificare se oppiacei o farmaci con ricetta ministeriale</i> ), diete particolari (per insufficienza renale; celiachia; altro) <b>ALLERGIE</b>	
Cadute negli ultimi sei mesi	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Interventi programmati necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì specificare ..... .....

Stato nutrizionale	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Variazioni ponderali negli ultimi sei mesi  Note <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Giudizio sulla stabilità clinica	<input type="checkbox"/> <b>Stabile</b>	nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a d intervalli > 60 gg.
	<input type="checkbox"/> <b>Moderatamente stabile</b>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni
	<input type="checkbox"/> <b>Moderatamente instabile</b>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana
	<input type="checkbox"/> <b>Instabile</b>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano
	<input type="checkbox"/> <b>Acuzie</b>	con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani

<b>Compilare in caso di richiesta di accertamento degli stati di invalidità civile, condizioni visive e sordomutismo</b>	<b><i>Il paziente è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita:</i></b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b><i>Si richiede visita domiciliare:</i></b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--	--

data

firma

.....

.....