



SCHEDA SANITARIA

(da compilare a cura del medico curante)

Nome e Cognome della persona _____

Data di nascita _____

	1	2	3	4	5	
	Assente	Lieve	Moderato	Grave	Molto Grave	Data insorgenza
Patologie cardiache Specificare: _____						
Ipertensione arteriosa Specificare: _____						
Patologie vascolari Specificare _____						
Patologie respiratorie Specificare _____						
Vista, udito, naso, gola, laringe Specificare _____						
Apparato gastroenterico superiore Specificare _____						
Apparato gastroenterico inferiore Specificare _____						
Patologie epatiche Specificare _____						
Patologie renali Specificare _____						
Altre patologie genito-urinarie Specificare _____						
Sistema muscolo-scheletrico e Cute Specificare _____						

LA MERIDIANA DUE S.C.S Cooperativa Sociale - Ente unico ai sensi DGR N.2569/14

20900 MONZA – Viale Cesare Battisti, 86 – Tel. 039.39051 – Fax 039.3905324

	1	2	3	4	5	
	Assente	Lieve	Moderato	Grave	Molto Grave	Data insorgenza
Patologie neurologiche centrali e periferiche (<i>escluse</i> le demenze) Specificare _____						
Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sespi e stati tossici) Specificare _____						
Patologie psichiatrico-comportamentali (<i>incluse</i> le demenze) Specificare _____						

Problemi clinici prevalenti

.....

.....

.....

.....

Anomalie del comportamento

	SI	NO
Ansia		
Depressione		
Deliri o allucinazioni		
Agitazione psico-motoria diurna		
Agitazione psico-motoria notturna		
Deambulazione incessante		
Affaccendamento		
Inversione ritmo sonno-veglia		
Aggressività		
Urla, lamentazioni, vocalizzazioni ripetitive		

Altre informazioni sanitarie

	SI	NO
<i>Alimentazione artificiale</i>		
Disfagia		
Alimentazione artificiale		



LA MERIDIANA DUE S.C.S Cooperativa Sociale - Ente unico ai sensi DGR N.2569/14

20900 MONZA – Viale Cesare Battisti, 86 – Tel. 039.39051 – Fax 039.3905324

	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Terapia dialitica</i>		
Il paziente è in dialisi?		
• peritoneale		
• extracorporea		
<i>Assistenza respiratoria</i>		
È presente insufficienza respiratoria?		
• Ossigeno occasionalmente		
• Ossigeno almeno 6 ore al giorno		
• Ossigeno costante		
<i>Diabete mellito</i>		
Il paziente è affetto da diabete mellito?		
• E' trattato con la sola dieta		
• Farmaci antidiabetici orali		
• Insulina		
<i>Lesioni cutanee</i>		
Il paziente ha ulcere da decubito?		
• Sacrali o sopratrocanteriche		
• Calcaneali o agli arti		
Il paziente ha ulcere vascolari?		
<i>Continenza vescicale o fecale</i>		
Pannoloni per incontinenza		
Catetere vescicale a permanenza		
Cateterismo intermittente con Nelaton		
Entero- o colo-stomie		

Recapiti telefonici del medico curante

Cognome e nome.....

Indirizzo.....

Tel. Fax E mail.....

Data compilazione Timbro e firma



LA MERIDIANA DUE S.C.S Cooperativa Sociale - Ente unico ai sensi DGR N.2569/14

20900 MONZA – Viale Cesare Battisti, 86 – Tel. 039.39051 – Fax 039.3905324

FOGLIO TERAPIA (compilato e firmato dal medico curante)

Cognome e nome _____ Data di nascita _____ Data compilazione _____

Farmaco e dosaggio	ore	ore	ore	ore	ore	ore	ore	ore	Data	
	(8.00)	(10.00)	(12.00)	(14.00)	(16.00)	(18.00)	(20.00)	(22.00)	inizio	fine

Elenco farmaci al bisogno										

Allergie a farmaci _____

Il Medico curante _____
(timbro e firma)