

DI STRETTO DI LUINO - UFFICIO DI PIANO

**SCHEDA MEDICO-SANITARIA PER
RICOVERO TEMPORANEO DI SOLLEVO**

Medico curante: Dott./Dott.ssa _____

Ricoverando/a: _____

DIAGNOSI:

TERAPIA FARMACOLOGICA (indicare quando il farmaco deve essere assunto):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

PATOLOGIE DIAGNOSTICATE:

➤ APPARATO CARDIO-VASCOLARE:

- _____
- _____
- _____

➤ APPARATO RESPIRATORIO:

- _____
- _____
- _____

➤ APPARATO GASTRO-INTESTINALE:

- _____
- _____
- _____

➤ APPARATO NERVOSO:

- _____
- _____
- _____

➤ APPARATO GENito-urinario:

- _____
- _____
- _____

➤ APPARATO OSTEO-ARTICOLARE:

- _____
- _____
- _____

➤ ALTRE PATOLOGIE:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

CONDIZIONI DEL RICOVERANDO/A:

➤ POSIZIONE ERETTA / MOBILITA':

➤ AUTONOMIA NEL VESTIRSI:

➤ AUTONOMIA NELL'ALIMENTARSI:

➤ AUTONOMIA NELL'IGIENE PERSONALE:

➤ DISTURBI DEL LINGUAGGIO:

➤ LIVELLO DI LUCIDITA' / ORIENTAMENTO SPAZIO-TEMPORALE:

➤ LIVELLO DI DISPONIBILITA' / COLLABORAZIONE:

➤ ALLERGIE AI FARMACI: SI NO

Se sì, indicare di quale tipo:

- _____
- _____
- _____

➤ INTOLLERANZE ALIMENTARI: SI NO

Se sì, indicare di quale tipo:

- _____
- _____
- _____

ANAMNESI:

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

NOTE (indicare anche se vi sono stati dei ricoveri recenti e i motivi):

DATA _____

FIRMA
