



**SCHEDA CLINICA INFORMATIVA**

- in Riab. SPECIALISTICA
- in Riab. MANTENIMENTO
- in Riab. GENERALE / GERIATRICA
- in RSA ed altre Strutture Socio-Sanitarie
- a Domicilio

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| <b>Cognome e Nome paziente</b> |    |
| nato/a                         | il |
| Comune di residenza .....      |    |
| Indirizzo                      |    |
| CODICE FISCALE .....           |    |

|                                                                    |                                                            |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>Covid-19</b>                                                    |                                                            |
| Caso conclamato Covid                                              | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no il |
| Ricovero ospedaliero                                               | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no    |
| Sintomi similinfluenzali riconducibili Covid-19 negli ultimi 14 gg | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no    |
| Contatto stretto con persona positiva negli ultimi 14 gg           | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no    |

|                                                      |   |  |
|------------------------------------------------------|---|--|
| <b>Sintesi diagnostica</b>                           | → |  |
| <b>Evento indice e data insorgenza</b>               | → |  |
| <b>Altre Patologie in atto ed eventuali allergie</b> | → |  |
| <b>Terapia in atto</b>                               | → |  |

**Disfagia** Si  No

**Afasia/disartria** Si  No

**Nutrizione**  per os  Sondino n-g  PEG  Parenterale

**Respirazione**  normale  Ossigeno  Ventil azione meccanica  con tracheostomia

**Aspirazione secrezioni bronchiali** Si  No  **Presenza deficit sensoriali**  Visivi  Uditivi

Portatore di:

- Pace Maker
- Catetere perdurale
- Catetere venoso centrale
- Pompa elastomerica
- Tracheostomia
- Urostomia
- Colonstomia
- Catetere vescicale
- Protesi
- Ortesi

Quali: .....

Presenza Piaghe da decubito Si  No

Eventuali sedi .....

Altre lesioni: Si  No

.....

|                                               |                                                         |                                                                                                             |                                       |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>STATO DI COSCIENZA</b>                     | <input type="checkbox"/> Vigile                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Risposta a stimolo<br>Risposta a verbale stimolo doloroso | <input type="checkbox"/> Non risponde |
| <b>Eventuale punteggio Glasgow Coma Scale</b> |                                                         |                                                                                                             |                                       |
| <b>Deterioramento cognitivo</b>               | <input type="checkbox"/> assente                        | <input type="checkbox"/> lieve/moderato                                                                     | <input type="checkbox"/> grave        |
| <b>Comprensione ordini semplici</b>           | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |                                                                                                             |                                       |
| <b>Disturbi del comportamento</b>             | <input type="checkbox"/> assenti                        | <input type="checkbox"/> lievi/moderati                                                                     | <input type="checkbox"/> gravi        |
| <b>^ Specificare</b>                          |                                                         |                                                                                                             |                                       |
|                                               |                                                         |                                                                                                             |                                       |

## ATTIVITÀ' DELLA VITA QUOTIDIANA

|                            | Indipendente                                            | Parzialmente Dipendente            | Totalmente Dipendente                    |                                          |
|----------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|
| Capacità' di fare il bagno | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                 |                                          |
| Capacità' di vestirsi      | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                 |                                          |
| Uso dei servizi            | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                 |                                          |
| Continenza Sfinterica      | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                 |                                          |
| Capacità' di alimentarsi   | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                 |                                          |
| Cammina                    | <input type="checkbox"/> da solo                        | <input type="checkbox"/> con aiuto | <input type="checkbox"/> protesi- ausili | <input type="checkbox"/> usa carrozzella |
| Allettato                  | No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> | Se sì, specificare da quanto tempo | mesi.....                                | anni.....                                |

## SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE

|                               |                                   |                                                                    |
|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Abitazione                    | <input type="checkbox"/> Idonea   | <input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche         |
| Vive solo                     | <input type="checkbox"/> Sì       | <input type="checkbox"/> No                                        |
| Supporto familiare /caregiver | <input type="checkbox"/> Presente | <input type="checkbox"/> Parziale <input type="checkbox"/> Assente |

|                                                  |                                   |                                                                  |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| E' già stato sottoposto a terapia riabilitativa? | <input type="checkbox"/> Sì       | <input type="checkbox"/> No                                      |
| ^ Con quali risultati?                           | <input type="checkbox"/> Positivo | <input type="checkbox"/> Parziale <input type="checkbox"/> Nullo |

|                                                                                                |                                   |                                   |                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| Attuale capacità' di collaborazione ad interventi riabilitativi:                               | <input type="checkbox"/> Presente | <input type="checkbox"/> Parziale | <input type="checkbox"/> Assente |
| Orientamento sulle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni: | <input type="checkbox"/> Presente | <input type="checkbox"/> Parziale | <input type="checkbox"/> Assente |

**Struttura inviante**

**In fede**

(timbro e firma del Medico)

Luogo e data,

---