



SCHEDA CLINICA INFORMATIVA

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

Cognome e Nome paziente	
nato/a	il
Comune di residenza	
Indirizzo	
CODICE FISCALE	

Covid-19	
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
Vaccinazione Covid <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no (se sì, 1° dose data..... 2° dose data.....)	

Sintesi diagnostica	→	
Evento indice e data insorgenza	→	
Altre Patologie in atto ed eventuali allergie	→	
Terapia in atto	→	

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
- Tracheostomia
- Protesi
- Catetere perdurale
- Urostomia
- Ortesi
- Catetere venoso centrale
- Colonstomia
- Quali:
- Pompa elastomerica
- Catetere vescicale

Presenza Piaghe da decubito Si No

Altre lesioni: Si No

Eventuali sedi

.....

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

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,
