





**INFORMAZIONI sulle AUTONOMIE PERSONALI e le PROBLEMATICHE SANITARIE**  
da compilare a cura di chi presenta la domanda

**AUTONOMIE MOTORIE:**

|  |  |
|--|--|
| <i>E' capace di camminare da solo?</i><br><input type="checkbox"/> No, non è in grado<br><input type="checkbox"/> Necessita di aiuto<br><input type="checkbox"/> E' completamente autonomo | <i>Se non cammina, è in grado di manovrare la sedia a rotelle?</i><br><input type="checkbox"/> No, non è in grado<br><input type="checkbox"/> Necessita di aiuto<br><input type="checkbox"/> E' completamente autonomo |
|--|--|

**ABITUDINI RELATIVE ALL'IGIENE E CURA DI SE:**

|   |  |
|---|--|
| <i>E' in grado di lavarsi e pettinarsi?</i><br><input type="checkbox"/> No, non è in grado<br><input type="checkbox"/> Necessita di aiuto<br><input type="checkbox"/> E' completamente autonomo |  |
|---|--|

**ABITUDINI RELATIVE ALL'ALIMENTAZIONE:**

|   |  |
|---|--|
| <i>E' in grado di mangiare da sola?</i><br><input type="checkbox"/> No, deve essere imboccato<br><input type="checkbox"/> Collabora ma necessita di aiuto<br><input type="checkbox"/> E' completamente autonomo | <i>Sono presenti disturbi della deglutizione?</i><br><input type="checkbox"/> SI (disfagia) <input type="checkbox"/> NO<br><i>E'in nutrizione artificiale?</i><br><input type="checkbox"/> SI (PEG, sondino) <input type="checkbox"/> NO |
|---|--|

**ABITUDINI RELATIVE ALLA DIURESIS E ALL'ALVO:**

|   |   |
|---|---|
| <i>E' presente incontinenza urinaria?</i><br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Si (pannolone) | <i>E' presente incontinenza fecale?</i><br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Si |
|---|---|

**CONDIZIONI PSICHICHE E COMPORTAMENTALI:**

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> lucido<br><input type="checkbox"/> ansia<br><input type="checkbox"/> depressione<br><input type="checkbox"/> confuso / disorientato<br><input type="checkbox"/> incapacità a stare fermo | <input type="checkbox"/> inversione ritmo sonno-veglia<br><input type="checkbox"/> aggressività<br><input type="checkbox"/> deliri, allucinazioni<br><input type="checkbox"/> urla, vocalizzazioni ripetitive<br><input type="checkbox"/> comportamenti autolesivi |
|---|--|

Altre notizie che si ritengono utili per l'assistenza

---



---



---



---



---

**Si informa il richiedente che i dati personali richiesti saranno utilizzati al solo scopo di inserire il nominativo dell'interessato nella lista d'attesa presso il C.D.I.**

**INFORMAZIONI SANITARIE**[compilazione riservata al medico curante]

Cognome e nome

data di nascita

## Patologie presenti

|   | <i>No</i> | <i>Sì</i> | <i>Diagnosi</i> |
|---|-----------|-----------|-----------------|
| Patologie cardiache   |           |           |                 |
| Iperensione arteriosa   |           |           |                 |
| Patologie vascolari/ematologiche  |           |           |                 |
| Patologie respiratorie  |           |           |                 |
| Vista, udito, naso, gola, laringe   |           |           |                 |
| Apparato gastroenterico superiore   |           |           |                 |
| Apparato gastroenterico inferiore   |           |           |                 |
| Patologie epatiche  |           |           |                 |
| Patologie renali  |           |           |                 |
| Altre patologie genito-urinarie   |           |           |                 |
| Sistema muscolo-scheletrico e Cute  |           |           |                 |
| Patologie neurologiche centrali e periferiche<br>( <b>escluse</b> le demenze) |           |           |                 |
| Patologie endocrino-metaboliche<br>(incluso infezioni, sepsi e stati tossici) |           |           |                 |
| Patologie psichiatrico-comportamentali<br>( <b>includere</b> le demenze)      |           |           |                 |

Patologie infettive/contagiose presenti

---

---

Terapia farmacologica in corso (indicare farmaco e posologia)

---

---

---

---

Allergie a:

---

---

*timbro e firma del medico**data di compilazione*

Inserire cortesemente un recapito telefonico, per contatti in caso di necessità \_\_\_\_\_