



FONDAZIONE
SOGGIORNO
"Maria Angela Ribero Lulino"
Piazza Martiri della Libertà, 5
15040 TICINETO (AL)

MODULO REGISTRAZIONE
SCHEDA SANITARIA PRE-INGRESSO

MR 07.02.02
Ed. 1 Rev. 1 Pag. 1/5

Cognome e Nome	
Data e Luogo di nascita	
Indirizzo e telefono	
Beneficiario di esenzione per:	

1- Provenienza

Domicilio	
Ospedale/casa di cura	
Struttura residenziale	
Altro	

2 -Stato di salute e autosufficienza fisica: la persona necessita di ausili relativi a insufficienze:

del movimento/deambulazione:	deambulazione autonoma	
	deambulazione assistita senza ausili	
	bastone	
	grucce	
	tripode	
	deambulatore	
	carrozzella	
	protesi a _____	
	allettato	
	Solleva persone	
	altro	
Della vista	nessun ausilio	
	occhiali	
	completamente cieco	
	Ipovedente parzialmente dipendente	
	altro	
Dell'udito	nessun ausilio	
	apparecchio acustico	
	ipoacusia	
	completamente sordo	
	altro	
Del linguaggio verbale	nessun problema	
	afasia totale	
	afasia parziale	
	laringetomizzato	
	altro	
Della masticazione	nessun ausilio	
	protesi dentale superiore	
	protesi dentale inferiore	
	protesi dentale fissa	
	protesi dentale mobile	
	altro	
Delle prassie	Utilizza	
	Altro	
Portatore di	Busto	

	cinto erniario	
	altro	
Altro		

3-Mobilità

Completa	Persona autonoma nei movimenti	
Parziale	Persona che necessita di aiuto in alcuni movimenti	
Molto limitata	Persona che necessita di aiuto in tutti i movimenti	
Completamente mancante	Persona completamente dipendente	
Ausili per deambulazione e cambi posturali		
Necessita di mobilizzazione	attiva	
	passiva	
Altro		

4-Continenza

Persona continente	Senza ausili per incontinenza	
Incontinenza urinaria	Utilizza _____	
Incontinenza fecale	Utilizza _____	
Doppia incontinenza	Utilizza _____	
Portatore di catetere vescicale	Tipo _____ Ultimo cambio _____	
Persona con ano preternaturale	Utilizza sacchetto _____	
Altro		

5-Attività

Persona autonoma		
Persona che necessita di aiuto:	nella deambulazione	
	Nei cambi di postura	
	Nel vestirsi	
	Nel lavarsi	
	Nel mangiare	
	Nell'uso dei servizi igienici	
	Nell'orientamento spazio-temporale	
	Cure personali	
	altro	

6-Alimentazione

Normale	Dieta tipo per anziano	
Prescrizione dietetiche per	diabete	
	Insufficienza renale cronica	
	ipertensione	
	Ulcera gastrica	
	colite	
	diverticolosi	
	obesità	
	Cirrosi epatica	
	altro	
Esigenze di	Dieta liquida	
	Dieta semisolida	
Altro		

7-intolleranze alimentari

Alimenti non tollerati	

8 -Stato mentale

Persona lucida	
Persona apatica	
Persona confusa	
Persona disorientata nello spazio e nel tempo	
Persona agitata	
Persona aggressiva	
Altro	

9- Stati morbosi pregressi

Apparato circolatorio	
Apparato digerente	
Apparato respiratorio	
Apparato urogenitale	
Sistema endocrino	
Neuropatie	
Diabete	
Disturbi nervosi	
Intossicazioni croniche	
Altro	

10- Diagnosi circostanziata

11- Prescrizioni farmacologiche

Terapia orale

F a r m a c o	Q . t à	inizio	fine	H	H	H	H	H	H

Terapia intramuscolare

M	P	SO
---	---	----

Terapia endovenosa

M	P	SO
---	---	----

Terapia sottocutanea	M	P	SO	Altra terapia	M	P	SO

Allergie/intolleranze farmacologiche:

Allergie/intolleranze alimentari:

Eventuale terapia al bisogno:

12- Prescrizioni infermieristiche

Medicazioni lesioni da decubito	
Lavande vaginali	
Impacchi medicamentosi	
Sostituzione e manutenzione catetere	
Microclimi e clisteri evacuanti	
Altro	
Altro	

13-Decubiti da postura in atto

Non presenta decubiti		
Lesioni al 1° stadio	In zona:	curate con
Lesioni al 2° stadio	In zona:	curate con
Lesioni al 3° stadio	In zona:	curate con

Dichiaro inoltre che il/la Sig./Sig.ra _____
non è affetto/a da malattie infettive, contagiose o comunque trasmissibili (tra cui tubercolosi, epatiti, scabbia, pediculosi) e che non ha deficit psichici che rendano pericolosa per sé e per gli altri la vita in comunità.

In Riferimento al Covid – 19

(Per l'inserimento dell'Ospite in Struttura è necessario presentare il green l'esito di tampone nasofaringeo molecolare o antigenico NEGATIVO effettuato nelle 48 ore che precedono l'ingresso)

Si certifica che:

- il/la paziente negli ultimi 14 giorni non ha presentato sintomi quali:
 - febbre,
 - sintomi respiratori: mal di gola, rinorrea, difficoltà respiratorie, anosmia, ageusia,
 - sintomatologia simil influenzale: astenia, anoressia,
 - sintomi gastro intestinali (diarrea, coliche addominali, ecc.)
- il/la paziente non ha avuto contatti con pazienti COVID sospetti o accertati noti
- il/la paziente non ha effettuato tampone per SARS-COV-2
- il/la paziente ha effettuato tampone molecolare o antigenico per SARS-COV-2, con esito:
 - negativo in data _____
 - positivo in data _____

Che il paziente:

- ha** effettuato la I[^] dose del vaccino anti Covid in data _____
- ha** effettuato la II[^] dose del vaccino anti-Covid in data _____
- ha** effettuato la III[^] dose del vaccino anti-Covid i in data _____
- ha** effettuato la IV[^] dose del vaccino anti-Covid i in data _____
- ha** effettuato la V[^] dose del vaccino anti-Covid i in data _____

- non ha** effettuato il vaccino anti Covid-19

- è guarito** (ultima guarigione) in data _____

_____ li _____

MEDICO CURANTE:

Cognome Nome: _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____

Mail: _____

NOTE:

IL MEDICO CURANTE (timbro e firma)
