

(mod.B)

SCHEDA ASSISTENZIALE

DEAMBULAZIONE: Autonoma Bastone/i Girello Impossibile
Se: Si alza autonomamente in carrozzina
deve essere alzato in carrozzina è costantemente allettato

ELIMINAZIONE: E' incontinente? No deve essere accompagnato in bagno? SI NO
Sì Urine Feci Urine/Feci
Uso di: Pannolone Condom Catetere a permanenza
Alvo: Regolare Diarrolco Stitico
Uso saltuario di lassativi Uso regolare di lassativi

HA PIAGHE DA DECUBITO? NO SI
Se Sì in quale zone grado? _____

Trattamento attuale _____

ALIMENTAZIONE: Autonoma Con piccolo aiuto Totalmente dipendente
Alimentazione enterale con sondino gastrico
Denti propri Protesi Edentulo
Dieta: Solida Semiliquida Liquida
Diete speciali: _____

IGIENE PERSONALE: Autonoma Con piccolo aiuto Totalmente dipendente
Si veste da solo Piccolo aiuto Totalmente dipendente

SONNO-VEGLIA: Normale Insonnia Iperinsonnia
Inversione ritmo sonno/veglia Alterato

COMPORAMENTO: Tranquillo Agitato, disturba la comunità Aggressivo
Tende a fuggire Confuso/disorientato Vagabondaggio

RIABILITAZIONE: Non necessaria necessita di fisioterapia

Se sì quali interventi? _____

Giudizio complessivo: AUTOSUFFICIENTE NON AUTOSUFFICIENTE
Il giudizio ufficiale di autosufficienza o non autosufficienza verrà dato in sede di U. V. D.

Data _____

Timbro e firma del medico curante