



REGIONE PIEMONTE - A.S.L. NO

Sede legale: Viale Roma, 7 - 28100 Novara P. I.V.A. 01522670031

SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA

(da allegare alla domanda INPS)

COGNOME _____ NOME _____ NATO/A IL _____

C.F. _____

RESIDENTE A _____ VIA _____

IL/LA PAZIENTE È A DOMICILIO

IL/LA PAZIENTE È PRESSO UNA STRUTTURA SOCIO-SANITARIA
SPECIFICARE _____ DAL ____/____/____

IL/LA PAZIENTE È PRESSO UNA STRUTTURA SANITARIA (OSPEDALE, CASA DI CURA, CAVS, ...)
SPECIFICARE _____ DAL ____/____/____

- la scheda informativa è stata compilata con il supporto delle informazioni presenti nella documentazione della Struttura Sanitaria
- la scheda informativa è stata compilata senza il supporto delle informazioni presenti nella documentazione della Struttura Sanitaria

CONDIZIONI ATTUALI

DEFICIT SENSORIALI:

- no grave deficit visivo (anche con correzione)
- no grave deficit uditivo (anche con correzione)

Note: _____

DISTURBI MOTORI

- no
- sì, Paralisi / paresi di _____

- Instabilità motoria sì no
- Deficit equilibrio sì no
- Tendenza alle cadute sì no

Note: _____

DEAMBULAZIONE:

- normale
- cammina con aiuto o assistenza
- presenta rischio di caduta
- costretto a letto, poltrona o carrozzella

Note: _____

INCONTINENZA

- sì no
- Urinaria saltuaria permanente catetere vescicale
- Fecale saltuaria permanente

Note: _____



REGIONE PIEMONTE - A.S.L. NO

Sede legale: Viale Roma, 7 - 28100 Novara P. I.V.A. 01522670031

ALIMENTAZIONE

- | | | |
|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> autonoma | <input type="checkbox"/> deve essere imboccato | <input type="checkbox"/> presenta disfagia |
| Presenza di magrezza patologica | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no | |
| Presenza di obesità patologica | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no | |

Note: _____

TONO DELL'UMORE

- | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> normale | <input type="checkbox"/> depresso | <input type="checkbox"/> euforico |
| ha assunto terapie antidepressive nell'ultimo anno | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| sta assumendo terapie antidepressive | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |

Note: _____

CURA DELLA PROPRIA PERSONA

- | | | | |
|------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| Svestirsi/rivestirsi da solo | <input type="checkbox"/> autonomo | <input type="checkbox"/> deve essere aiutato | <input type="checkbox"/> totalmente incapace |
| Farsi il bagno | <input type="checkbox"/> autonomo | <input type="checkbox"/> deve essere aiutato | <input type="checkbox"/> totalmente incapace |
| Toilette personale | <input type="checkbox"/> autonomo | <input type="checkbox"/> deve essere aiutato | <input type="checkbox"/> totalmente incapace |

Note: _____

ALCUNE ABILITA' DEL VIVERE QUOTIDIANO

- | | | | |
|------------------------|-----------------------------------|--|--|
| Uso del telefono | <input type="checkbox"/> autonomo | <input type="checkbox"/> risponde solamente | <input type="checkbox"/> totalmente incapace |
| Fare la spesa | <input type="checkbox"/> autonomo | <input type="checkbox"/> piccoli acquisti | <input type="checkbox"/> totalmente incapace |
| Si sposta fuori casa | <input type="checkbox"/> autonomo | <input type="checkbox"/> accompagnato | <input type="checkbox"/> totalmente incapace |
| Assunzione dei farmaci | <input type="checkbox"/> autonomo | <input type="checkbox"/> devono essere preparati | <input type="checkbox"/> totalmente incapace |
| Usa del denaro | <input type="checkbox"/> autonomo | <input type="checkbox"/> piccoli acquisti | <input type="checkbox"/> totalmente incapace |

Note: _____

VALUTAZIONE BREVE DELLO STATO MENTALE

- | | | |
|---|-----------------------------|--|
| Sa la data di oggi (giorno, mese, anno)? | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no o in parte |
| Sa che giorno della settimana è oggi? | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Sa in quale luogo ci troviamo? | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Ricorda il suo numero di telefono di casa? | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Ricorda il suo indirizzo di casa (se non ha il telefono)? | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Sa quanti anni ha? | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Sa quando è nato? | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Sa come si chiama l'attuale Presidente o l'attuale Papa? | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Sa chi c'era prima di lui? | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Sa quale era il cognome di sua madre da nubile? | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Sa sottrarre 3 da 30 e continuare a sottrarre 3? | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |

VALUTAZIONE PSICO-RELAZIONALE

- | | | |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|
| Disturbi importanti della memoria | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Orientamento temporale | <input type="checkbox"/> patologico | <input type="checkbox"/> normale |
| Orientamento spaziale | <input type="checkbox"/> patologico | <input type="checkbox"/> normale |
| Orientamento nella persona | <input type="checkbox"/> patologico | <input type="checkbox"/> normale |
| <u>Episodi</u> di disorientamento temporo/spaziale | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Disorientamento costante | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Disturbi della parola | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Disturbi della comunicazione | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |

Note: _____



REGIONE PIEMONTE - A.S.L. NO

Sede legale: Viale Roma, 7 – 28100 Novara P. I.V.A. 01522670031

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

Aggressività verbale	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Pone domande ripetitivamente	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Si sente ansioso, agitato, preoccupato, costantemente inquieto	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Allucinazioni/deliri	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Attività motoria afinalistica (wandering, fughe)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Aggressività fisica	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Comportamento socialmente inadeguato/disinibizione	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Alterazione severa del ritmo sonno veglia/insonnia grave	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Rifiuto dell'assistenza	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Comportamento alimentare gravemente alterato	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Note: _____

Utilizzo di psicofarmaci (specificare) _____

EVENTUALI TRATTAMENTI SPECIALISTICI

Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
SNG/PEG	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Respiratorie/Ventilazione Assistita	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Dialisi	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Ulcere da decubito	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione stomia (colon o altre)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Trattamenti ulcere cutanee (non da pressione)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione C.V.C.	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione terapia con microinfusori /elastomeri	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione cateterismo peridurale	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Drenaggi	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Trattamento riabilitativo post acuto	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Altro (specificare): _____

OSSERVAZIONI

Data di compilazione

____/____/____

Timbro e firma leggibile

MMG/Medico Curante