

# QUADRO CLINICO

Da compilare a cura del medico curante e da allegare alla domanda di inserimento  
nella  
Casa di Soggiorno Arcobaleno.

Si fa presente che il medico di base sarà mantenuto dall'Ospite anche dopo l'ingresso in Casa di Soggiorno.

Si dichiara che il/la Sig./Sig.ra  
..... nato/a a  
..... il  
..... residente a .....  
in Via ..... e proveniente da:

- casa
- ospedale

presenta la seguente diagnosi:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Si allegano esami di laboratorio, esami radiologici, lettere di dimissioni relative a ricoveri ospedalieri:

.....  
.....  
.....

La terapia seguita è la seguente:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Il paziente è in grado di preparare ed assumere la terapia da solo, correttamente e senza supervisione

SI  NO



Se \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ specificare \_\_\_\_\_ quali:  
.....  
.....  
.....

12. Ha particolari esigenze dietetiche? SI  NO

13. Trattasi di persona diabetica? SI  NO

14. Se in trattamento con insulina, è in grado di praticare la terapia insulinica? SI  NO

15. Quali sono i valori normali della sua pressione arteriosa?

.....  
.....  
.....

15. Usa la carrozzella o altri presidi? SI  NO

16. Usa pannoloni o traverse? SI  NO

Se SI data ultima prescrizione .....

Numeri telefonici cui l'Ospite può utilizzare per contattare il medico di base.

Data .....

(timbro)

IL MEDICO CURANTE

\_\_\_\_\_

## INDICE DI AUTOSUFFICIENZA

Indicare una sola risposta

### MEDICAZIONI DI TIPO CHIRURGICO

- non necessarie
- per ulcerazioni e distrofie cutanee
- per catetere a permanenza
- per piaghe da decubito

### NECESSITÀ DI PRESTAZIONI MEDICHE

- controlli medici di routine
- necessità di prestazioni ambulatoriali interne (accertamenti diagnostici, ecc.)
- necessità di prestazioni ambulatoriali esterne (terapia radiale, psichiatrica, consulenza specialistica)
- necessità di controllo medico continuo

### CONTROLLO SFINTERICO

- presente
- incontinenza urinaria episodica
- incontinenza urinaria permanente
- incontinenza totale (urinaria e fecale)

### DISTURBI COMPORTAMENTALI

- assenti
- disturbi dell'umore (aspetto triste, melanconico, ansioso, chiede sempre nuovi farmaci)
- non riesce a gestire i propri compiti e le proprie necessità: disturbi della cognitività
- disturbi della cognitività con frequente comportamento disturbante e/o atteggiamento aggressivo verso sé e gli altri

### FUNZIONI DEL LINGUAGGIO

- comprende e si esprime normalmente
- linguaggio menomato, ma esprime comunque il proprio pensiero
- comprende solo ordini semplici, non riesce ad esprimere con coerenza il proprio pensiero
- non comprende, non si esprime

### DEFICIT SENSORIALI (UDITO E VISTA)

- normale
- deficit correggibile con l'aiuto di protesi e/o occhiali
- grave deficit non correggibile
- cecità e/o sordità completa

## MOBILITÀ

- ▣ cammina autonomamente senza aiuto
- ▣ cammina o si sposta con ausili
- ▣ si sposta solo con l'aiuto di altre persone o con carrozzina
- ▣ allettato, deve essere alzato e mobilizzato

## ACTIVITY DAY LIVING (IGIENE PERSONALE, ABBIGLIAMENTO, ALIMENTAZIONE)

- ▣ totalmente indipendente
- ▣ aiuto programmato
- ▣ aiuto necessario ma parziale
- ▣ totalmente dipendente

## ATTIVITÀ OCCUPAZIONALI E IMPIEGO DEL TEMPO LIBERO

- ▣ entra ed esce liberamente dal proprio domicilio
- ▣ fa attività costruttive solo all'interno del proprio domicilio
- ▣ è in grado di svolgere attività all'interno del proprio domicilio con lo stimolo e la supervisione di altre persone
- ▣ non svolge alcuna attività (non è in grado di svolgere, si rifiuta di svolgere)

## STATO DELLA RETE SOCIALE (VALUTAZIONE DELLA DISPONIBILITÀ RELAZIONALE, AFFETTIVA, ASSISTENZIALE DELLA RETE FAMILIARE E SOCIALE)

- ▣ mantiene buoni e regolari rapporti con la famiglia
- ▣ non ha buoni e regolari rapporti con la famiglia, ma solo con parenti ed amici
- ▣ amici, parenti o volontari sono disponibili solo in caso di bisogno (problemi sanitari, pratiche burocratiche, difficoltà economiche, disagi esistenziali, ecc.)
- ▣ l'anziano può contare solo sull'aiuto istituzionale

Data .....

(timbro)

IL MEDICO CURANTE

---