

FONDAZIONE INFERMERIA "CESARE VERCELLONE" ETS



Via Donatori Sangue, 3/5 - 13881 CAVAGLIA' (Biella)
C.F. 81001910025 / P.I. 00491100020

e-mail: segreteria@infermeriavercellone.it

Tel. 0161 96538 0161 96033

QUESTIONARIO MEDICO CURANTE

Cognome e Nome assistito

.....

☐ M

☐ F

Data di nascita Luogo di nascita.....

PATOLOGIE CARDIACHE

Diagnosi:
.....

IPERTENSIONE (*si valuta la severità*)

Diagnosi:
.....

APPARATO VASCOLARE (*sangue, vasi, midollo, sistema linfatico*)

Diagnosi:
.....

APPARATO RESPIRATORIO

Diagnosi:
.....

Insufficienza respiratoria

NO

SI

Ossigenoterapia

Ventilatore

Durata orario ossigenoterapia

OCCHI/ORL (*orecchio, naso, gola, laringe*)

Diagnosi:

.....

Presenza di:

occhiali	NO	SI
apparecchio acustico	NO	SI

APPARATO DIGERENTE SUPERIORE (*esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas*)

Diagnosi:

.....

Alimentazione artificiale	NO	SI
---------------------------	----	----

SNG
PEG
Parenterale totale

Stato nutrizionale insoddisfacente	NO	SI
------------------------------------	----	----

Obesità
Sottopeso

Presenza di protesi dentale	NO	SI
-----------------------------	----	----

Superiore
Inferiore

APPARATO DIGERENTE INFERIORE

(*intestino, ernie; segnalare anche stipsi ed incontinenza fecale*)

Diagnosi:

.....

APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO-URINARIE (*mammelle, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali; segnalare anche incontinenza urinaria*)

Diagnosi:

.....

INCONTINENZA

NO

SI

Presidi assorbenti

Ano artificiale

Tipo sacchetto

Catetere vescicale.....

Tipo catetere

Data ultimo posizionamento catetere

Dialisi

NO

SI

Dialisi peritoneale

Dialisi extracorporea

Frequenza settimanale dialisi:

APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO

Diagnosi:

Ausili per il movimento

NO

SI

Bastone e/o deambulatore

Asl

Personale

Carrozzina

Asl

Personale

Presenza di mezzi di sintesi

NO

SI

Localizzazione.....

Tipologia.....

Presenza di protesi

NO

SI

Localizzazione.....

Tipologia.....

Sono presenti esiti di frattura

NO

SI

Dove.....

Risalenti a

Ha effettuato sedute di fisioterapia

NO

SI

Per quale motivo.....

Ha effettuato sedute di radioterapia (o Rongher)

NO

SI

Note.....

PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO (diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)

Diagnosi:

STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)

Diagnosi:.....

FEGATO

Diagnosi:

RENE

Diagnosi:.....

PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non include la demenza)

Diagnosi:

PATOLOGIE APPARATO CUTANEO

Diagnosi:

Lesione da decubito

NO

SI

Sede.....

Stadio:.....

MALATTIE DELLA PELLE

NO

SI

Psoriasi

Altro (.....)

Protesi

NO

SI

Acustica

Altro

ALTRE INFORMAZIONI UTILI

Disorientamento tempo/spazio

NO

SI

Note.....

Wondering

NO

SI

Note.....

Agitazione psico-motoria

NO

SI

Note.....

Abusa di alcool

NO

SI

Note.....

Ha presentato episodi di eteroaggressività

NO

SI

Note.....

Ha manifestato propositi suicidi o ha tentato di suicidarsi

NO

SI

Note.....

E' caduto/a negli ultimi mesi (N° cadute.....)

NO

SI

Inversione ritmo sonno-sveglia

NO

SI

Note.....

Allergie a farmaci

NO

SI

Specificare.....

Allergie ad alimenti

NO

SI

Specificare.....

Ha presentato nei 20 gg precedenti patologie riferibile a infezioni da COVID-19

NO

SI

Specificare.....

Ha eseguito tampone diagnostico faringeo risultato negativo per COVID 19

NO

SI

(in caso negativo specificare il motivo della non esecuzione del tampone)

TERAPIA IN ATTO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER AMMISSIONE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tutta la documentazione sanitaria in possesso (lettera dimissione ospedale, visite specialistiche, esami ematici, ...).

Certifico che il/la Sig./Sig.ra _____
E' idoneo/a a vivere in comunità ed è esente da malattie infettive e contagiose.

Recapito telefonico del Medico

E-mail Medico

Data compilazione

Firma e timbro del Medico

.....