

DATI ASSISTITO

Cognome _____ Nome _____
 Data di nascita _____ Cod. fiscale _____

SCHEMA CLINICA

Descrizione	Causa di non autosufficienza	Concausa di non autosufficienza
TUMORI MALIGNI		
DIABETE MELLITO		
MALNUTRIZIONE		
ANEMIE		
DEMENTIA		
DEPRESSIONE		
PARKINSON E ALTRE MALATTIE NEUROLOGICHE		
CECITA' E IPOVISIONE		
PERDITA DELL' UDITO		
IPERTENSIONE ARTERIOSA		
MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE		
ARITMIE CARDIACHE		
INSUFFICIENZA CARDIACA		
ICTUS		
ALTRE MALATTIE CEREBROVASCOLARI		
MALATTIE DELLE ARTERIE PERIFERICHE		
MALATTIE DELLE VENE DEGLI ARTI INFERIORI		
MALATTIE POLMONARI CRONICHE OSTRUTTIVE		
MALATTIE GASTROINTESTINALI		
MALATTIE EPATO-BILIARI		
INSUFFICIENZA RENALE		
ULCERE DA PRESSIONE		
FRATTURA DI FEMORE		
MALATTIE OSTEO-ARTICOLARI		
INCONTINENZA FECALE		
INCONTINENZA URINARIA		
ALTRO (specificare):		

Indicare quale tra le patologie presenti è la principale causa di non autosufficienza:

Indicare se anche in assenza di una vera causa di non autosufficienza le varie patologie presenti possono concorrere a determinarla

SI

NO

Indicare se la persona è:

In dialisi

S

N

In fase di terminalità oncologica

S

N

In fase di terminalità non oncologica

S

N

Numero delle crocette apposte



Valutazione raccolta alla data della firma sulla base dell'anamnesi e dei dati presenti nella cartella clinica dell'assistito

Luogo e Data _____

Timbro e Firma MMG

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

Scheda CLINICA

Obiettivo

La scheda clinica, da compilarsi a cura del medico curante, raccoglie i dati anamnesi clinica della persona e ha l'obiettivo di evidenziare le varie patologie che determinano l'attuale stato di non autosufficienza e le altre patologie rilevanti.

Modalità di Compilazione

Per ogni patologia della lista barrare con una **X** la casella indicante se la patologia presente è causa o concausa di non autosufficienza.

Nella casella "Patologia principale causa di non autosufficienza" riportare la patologia che al momento, a giudizio del medico, è la principale causa organica di non autosufficienza.

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ALESSANDRO CAMPANI

DATA FIRMA: 25/11/2024 13:27:13

IMPRONTA: 62633233353864383631643037633137636134393330623333363533346431366630376638643730