

**SCHEDA CLINICA****DATI ASSISTITO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_\_ Cod. fiscale \_\_\_\_\_

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

**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