



**AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA
CASA DI RIPOSO**

Albenga – Viale Liguria n.14

Amministrazione tel. 0182/52274 Fax 0182/50841

Reparti di degenza tel. 0182/571097

Sito internet: www.istitutotrincheri.it / e-mail: segreteria@istitutodomenicotrincheri.191.it

SCHEDA DI VALUTAZIONE OSPITI

COGNOME.....NOME.....
LUOGO DI NASCITA.....DATA DI NASCITA.....
RESIDENZA.....PROVENIENZA.....
PESO.....ALTEZZA.....

COERENZA

COERENTE
PARZIALMENTE COERENTE
NON COERENTE

ORIENTAMENTO

ORIENTATO
PARZIALMENTE ORIENTATO
DISORIENTATO

INSERIMENTO SOCIALE

NESSUN PROBLEMA
HA QUALCHE DIFFICOLTÀ
GRAVI PROBLEMI

LAVORO SVOLTO

.....

.....
HA HOBBIES PARTICOLARI SI NO

QUALI.....

VISTA.....

UDITO.....

PAROLA.....

IGIENE

SUFFICIENTE

PARZIALMENTE SUFFICIENTE

NON AUTOSUFFICIENTE

ABBIGLIAMENTO

SUFFICIENTE

PARZIALMENTE SUFFICIENTE

NON AUTOSUFFICIENTE

TIPO DI ALIMENTAZIONE

NORMALE

LIQUIDA O SEMILIQUIDA

ENTERALE (SONDINO N.G.)

DIETE PARTICOLARI

AIUTO ALL'ALIMENTAZIONE

NESSUNO

AIUTO A TAGLIARE I CIBI

IMBOCCARE

CONTINENZA URINARIA

CONTINENTE

CATETERIZZATO

PANNOLONE

CONTINENZA ANALE

CONTINENTE

NON CONTINENTE

MOBILITÀ

- AUTONOMO
- CON PICCOLO AIUTO
- CON CARROZZELLA DA SOLO
- CON CARROZZELLA CON AIUTO
- MOBILIZZAZIONE PASSIVA

EVENTUALI ALTERAZIONI RITMO SONNO-VEGLIA.....

EVENTUALI SINDROMI DISMETABOLICHE.....

EVENTUALI SINDROMI O RICOVERI PSICHIATRICI.....

MALATTIE INFETTIVE O DIFFUSIVE SI NO

PATOLOGIE DI RILIEVO

.....

.....

.....

.....

.....

TERAPIE FARMACOLOGICHE

.....

.....

.....

.....

TERAPIE RIABILITATIVE

.....

.....

.....

.....

PRESENZA DI PIAGHE DA DECUBITO

SEDE.....

ESTENSIONE.....

GRADO.....

TERAPIA.....

.....

DATA DI COMPILAZIONE

IL MEDICO CURANTE