



# villa frasassi

RESIDENZA PER ANZIANI

## ALLEGATO A

Il Sottoscritto Dr \_\_\_\_\_

M.M.G.    Medico Ospedaliero    Medico di Struttura

del Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Portatore della/e seguente patologia/e: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Problemi clinici attivi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Terapia farmacologia in atto (denominazione farmaco e posologia): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assume farmaci autonomamente SI   NO

Allergie a farmaci \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DICHIARA sotto la propria responsabilità che trattasi di paziente CRONICO/STABILIZZATO :

Idoneo all'inserimento nella struttura "Villa Frasassi" di Genga

Data e Luogo

Timbro e Firma del Medico

.....



# villa frasassi

RESIDENZA PER ANZIANI

## Allegato B

### Scheda di rilevazione delle condizioni psico-fisiche

NOME	COGNOME

<b>CONDIZIONI GENERALI</b>		
E' in grado di collaborare	SI	NO
Necessita di assistenza generica	SI	NO
Necessita di assistenza infermieristica	SI	NO

<b>STATO PSICHICO</b>		
Psiche integra	SI	NO
Fasi di confusione	SI	NO
Fasi di disorientamento	SI	NO
Agitazione psicomotoria	SI	NO
Forme di aggressività	SI	NO
Wandering <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave	SI	NO

<b>RESPIRAZIONE</b>		
Autonoma	SI	NO
Ossigenoterapia	SI	NO
Tracheostomia	SI	NO

<b>CUTE</b>		
Integra	SI	NO
Presenza di lesioni	SI	NO

<b>MOBILITA'</b>			
Sale e scende le scale	SI	NO	
Cammina da solo	SI	NO	
Cammina con aiuto	SI	NO	
Cammina con ausili	SI	NO	
Si sposta in carrozzina	SI	NO	
Allettato	SI	NO	

<b>GRADO DI AUTONOMIA</b>			
Si veste da solo	SI	NO	CON AIUTO
Igiene personale	SI	NO	CON AIUTO
Utilizza servizi igienici autonomamente	SI	NO	CON AIUTO

<b>ALIMENTAZIONE</b>			
Autonoma	SI	NO	
Enterale (SNG-PEG)	SI	NO	
Parenterale (CVC-PIC)	SI	NO	
Intolleranze alimentari	SI	NO	
Diete Speciali	SI	NO	
Diabete	SI	NO	

<b>ELIMINAZIONE</b>			
Incontinenza urinaria	SI	NO	
Incontinenza fecale	SI	NO	
Catetere Vescicale	SI	NO	

<b>FUNZIONI SENSORIALI</b>			
Cecità	SI	NO	
Sordità	SI	NO	
Capacità di comunicare	SI	NO	

Data e Luogo

.....

Timbro e Firma del Medico