

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI LODI

Distretto di

CARTELLA CLINICA PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Sig/ra Nato/a a il

Residenza via n.

Tel. persona di riferimento tel.

Medico Curante dr. tel.

Codice SSN C.F. Esenzione n.

Invalidità Civile: NO SI < 100% 100% 100% con accompagnamento

Diagnosi di ammissione

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data Firma

NOTE ANAMNESTICHE

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ALLERGIE.....

.....

ESAME OBIETTIVO GENERALE

STATO DI COSCIENZA

- Lucido e orientato parzialmente orientato disorientato agitato depresso

1. VISUS

- Normale Ipovisus Non vedente

2. UDITO

- Normale Ipoacusia Sordità

3. COMUNICAZIONE VERBALE

- Corretta ed adeguata Disartria Afasia Assente

4. MOTILITA'

- Autonoma con ausili in carrozzina allettato

5. STATO NUTRIZIONALE

- Adeguato Malnutrizione Cachessia Obesità

6. ALIMENTAZIONE

- Autosufficiente Parzialmente dipendente totalmente dipendente disfagia

- Nutrizione artificiale:** Nutrizione parenterale Nutrizione enterale

7. ELIMINAZIONE

Alvo normale diarroico stitico incontinente

Diuresi continente incontinente pannolone catetere

Catetere vescicale tipo N.

Data posizionamento Data ultima sostituzione

8. LESIONI CUTANEE

NO SI

Sede Tipo

Grado

Protocollo di medicazione in corso

.....

.....

.....

9. IGIENE PERSONALE

Autosufficiente Parzialmente dipendente Totalmente dipendente

AUSILI IN USO

Comoda Carrozzina Letto con sponde Materassino antidecubito

Pannoloni Catetere Sacche per stomia Traverse

Ossigeno Ventilatore Altro

NOTE INFERMIERISTICHE

Data

A series of horizontal dotted lines for writing, separated by a vertical solid line on the left side.