

RESIDENZA VILLA WERDER

Via Capitelli, 13 - 38062 - Arco (TN)
Tel. 045.58.56.69 - Fax 045.82.78.133
info@villawerder.it - www.villawerder.it



SCHEDA CLINICA INFORMATIVA

Cognome e Nome paziente _____

nat_ a _____ Prov. di _____ il ___/___/_____

residente a _____ Prov. di _____ via _____ n. _____

CODICE FISCALE _____

Sintesi diagnostica
Evento indice e data insorgenza
Altre patologie in atto ed eventuali allergie
Terapia in atto

Disfagia: SI NO **Afasia/disartria:** SI NO

Presenza deficit sensoriali: Visivi Uditivi

Portatore di:

- Pace Maker Catetere perdurale Catetere venoso centrale Pompa elastomerica
 Protesi Urostomia Colostomia Catetere vescicale
 Ortesi Tracheostomia Quali:.....

Deterioramento cognitivo: assente lieve/moderato grave

Comprensione ordini semplici: SI NO


Disturbi del comportamento: assenti lievi/moderati gravi

↳ Specificare:
.....
.....

ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

	Indipendente	Parzialmente dipendente	Totalmente dipendente	
Capacità di fare doccia/bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso dei servizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacità di vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Continenza sfinterica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacità di alimentarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cammina	<input type="checkbox"/> da solo	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> con protesi/ausili	<input type="checkbox"/> con carrozzella

SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE

Abitazione	<input type="checkbox"/> idonea	<input type="checkbox"/> presenza barriere architettoniche	
Vive solo	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Supporto familiare/caregiver	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> parziale	<input type="checkbox"/> assente
Sottoposto a terapia riabilitativa?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
 Con risultati?	<input type="checkbox"/> positivi	<input type="checkbox"/> parziali	<input type="checkbox"/> nulli

Attuale capacità di collaborazione ad interventi riabilitativi:	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> parziale	<input type="checkbox"/> assente
Orientamento sulle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni:	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> parziale	<input type="checkbox"/> assente

Data ___/___/_____

In fede

(timbro e firma del Medico)