



**SCHEDA SANITARIA
PER ACCESSO ALLA RETE DEI SERVIZI
SOCIO-ASSISTENZIALI
DISTRETTO DI FIDENZA**

Sig./Sig.ra _____

residente a _____

- DIAGNOSI -

- TERAPIA-

Paziente in: ADP ADI I ADI II ADI III

– INFEZIONE DA SARS-CoV-2 –

Il soggetto ha contratto infezione da SARS-CoV-2:

- SI (INDICARE DATA DI POSITIVA' _____ - DATA DI GUARIGIONE _____)
- NO

Il soggetto è vaccinato contro l'infezione da Sars-Cov-2?

- SI
- Tipo vaccino _____
- Numero di dosi somministrate ____ Data 1°dose _____ Data 2°dose _____
- NO

Se il soggetto NON E' STATO VACCINATO specificare la motivazione:

- Patologia acuta in atto _____
- Controindicazioni _____

In ossigeno-terapia tramite:

- concentratore
- ossigeno liquido
- in ventilo-terapia

In trattamento con anticoagulanti orali

In trattamento emodialitico

– STATO COGNITIVO E COMPORTAMENTALE –

Orientamento t-s	normale	disorientamento temporale dal.....
	disorientamento spaziale dal	totalmente confuso
dal.....		

Comportamento	adeguato	aggressività verbale e/o fisica dal.....
	deliri dal.....	allucinazioni dal.....
	wandering dal.....	

Sonno e veglia	insonnia frequente dal.....	inversione del ritmo dal.....
	allucinazioni notturne dal.....	sonnolenza/torpore dal.....

– DEAMBULAZIONE –

- Autonomo
- Aiutato da una o più persone
- In carrozzina
- Necessita di ausili :

bastone	tripode o altri:
antibrachiale	deambulatore

**- SUGGERIMENTI AGLI OPERATORI PER INTERVENTI
ASSISTENZIALI MIRATI -**

Data

Il Medico
