

**OPERE PIE AGNESI**  
**CASA DI RIPOSO PAOLO AGNESI**  
**ONLUS**

PONTEDASSIO (IMPERIA)

Via Torino, 124

Tel. 0183 779.005 Fax 0183 779.607

e-mail: [casadiriposo@operepieagnesi.it](mailto:casadiriposo@operepieagnesi.it)

**SCHEDA PER IL RICOVERO DI SOGGETTO**  
**ANZIANO**  
**IN ISTITUTO SOCIO-ASSISTENZIALE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Quadro clinico / Diagnosi

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Scheda di ricovero anziani

### AVVERTENZA

La presente scheda deve essere **compilata a cura del medico di base** or **del medico curante** or **del medico ospedaliero** (se l'anziano è ricoverato in ospedale).

### SCHEMA SANITARIA

(da compilarsi a cura del medico)

Cognome e nome del ricoverando \_\_\_\_\_

Indirizzo Residenza \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_ Stato civile \_\_\_\_\_

Ex attività lavorativa \_\_\_\_\_ Titolo di studio \_\_\_\_\_

**1. Condizioni generali**

☐ Buone ☐ Discrete ☐ Scadenti

**2. Grado di autosufficienza**

☐ Autosufficiente ☐ Non autosufficiente ☐ Obbligato a letto

Mobilità in carrozzella: ☐ SI ☐ NO con appoggio: ☐ SI ☐ NO

**3. Deficit invalidanti**

Vista ☐ Udito ☐ Linguaggio ☐ Masticazione ☐ Aiuto nell'assunzione del cibo ☐ Igiene personale ☐ Abbigliamento: (aiuto per vestirsi) ☐ Incontinenza urinaria ☐ Incontinenza fecale ☐ Etilismo ☐ Epilessia ☐ Morbo di Alzheimer ☐ Demenza Senile ☐

Situazioni di emergenza con perdita di coscienza ☐ SI ☐ NO

Piaghe da decubito ☐ SI ☐ NO

**4. Lesioni o compromissioni della locomozione**

**a.** Mobilizzazione da letto ☐ SI ☐ NO

**b.** Mobilità all'interno ☐ SI ☐ NO

**c.** Aiuto alla mobilità ☐ SI ☐ NO

**d.** Mobilità all'esterno ☐ SI ☐ NO

**e.** Recuperabile se sottoposto a terapia riabilitativa ☐ SI ☐ NO

**5. Sieropositività - intolleranze - abitudini**

**a.** HBsAG ☐ HCV ☐ IV ☐ VDRL ☐ Anti HBC ☐ Altre \_\_\_\_\_

**b.** Intolleranza ai farmaci \_\_\_\_\_

## Scheda di ricovero anziani

**c.** Intolleranza agli alimenti \_\_\_\_\_

**d.** Abitudini di vita: Fumo ☐ SI ☐ NO

**e.** Alcool ☐ SI ☐ NO

**f.** Caffè ☐ SI ☐ NO

**g.** Droghe ☐ SI ☐ NO

**6.** Stato psichico

### STATO DI COSCIENZA

Orientamento ☐ SI ☐ NO

Nel tempo ☐ SI ☐ NO

Nello spazio ☐ SI ☐ NO

### STATO INTELLETTIVO

Disturbi memoria: ☐ gravi ☐ lievi ☐ nessuno

Intelligenza (ragionamento, comprensione, capacità di critica e giudizio)

grav. Compromessa ☐ liev. compromessa ☐ conservata ☐

### STATO DELL'UMORE

Depresso ☐ Stato ansioso depressivo ☐ Depresso con spunti autolesivi ☐

Eccitato ☐ Ansioso ☐ Normale ☐

### STATO INTELLETTIVO

Le condizioni mentali del Sig. \_\_\_\_\_ costituiscono pericolo per sé, agli altri o controindicazione alla vita di comunità: ☐ SI ☐ NO

**7.** Protesi

☐ Non esistenti

☐ Esistenti (specificare) \_\_\_\_\_

**8.** Dieta

☐ SI (specificare) \_\_\_\_\_ ☐ NO

**9.** Diagnosi

---

---

---

---

---

---

---

## Scheda di ricovero anziani

### Terapia in corso

---

---

---

---

---

---

### Medico curante

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### Timbro del medico

---

---

Note: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---