



Casa di Riposo "Benedetto Albertini"

Via del Donatore di Sangue n. 4 – 37063 Isola della Scala (VR)

Med. -001

QUESTIONARIO MEDICO PRE-ACCOGLIMENTO

COGNOME _____

NOME _____

NATO/A A _____ **IL** _____ **ETA'** _____

PESO ATTUALE KG. _____

(mettere una crocetta in corrispondenza della risposta)

APPETITO scarso SI normale SI buono SI

solido SI solo liquido SI misto SI

E' DIABETICO SI NO

curato con farmaci SI NO

curato con insulina SI NO

BEVE (vino) 1 bicchiere a pasto SI NO non beve SI

+ di ½ litro al dì SI NO

- di ½ litro al dì SI NO

FUMA SI NO

ALVO stitico SI normale SI frequente SI

porta pannolone SI NO

giorno SI notte SI sempre SI

DIURESI incontinente SI normale SI porta catetere SI

permanente SI

porta pannolone SI NO

giorno SI notte SI sempre SI



Casa di Riposo "Benedetto Albertini"

Via del Donatore di Sangue n. 4 – 37063 Isola della Scala (VR)

Med. -001

VEDE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	poco	<input type="checkbox"/> SI
SENTE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	poco	<input type="checkbox"/> SI
PARLA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	poco	<input type="checkbox"/> SI
MOBILITA'	CAMMINA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	CON AUSILI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Quali ? _____
	SE AIUTATO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	E' IN CARROZZINA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	ALLETTATO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
AUSILI POSSIEDE	CARROZZINA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	GIRELLO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	TRIPIDE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	STAMPELLE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	CUSCINO/CIAMBELLA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
MEMORIA	HA PROBLEMI A LUNGO E BREVE TERMINE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	HA OCCASIONALI DIMENTICANZE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	HA UNA BUONA MEMORIA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
ORIENTAMENTO	E' COMPLETAMENTE DISORIENTATO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	E' ABBASTANZA ORIENTATO ALL'INTERNO DELLA CASA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	E' ORIENTATO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
COMUNICAZIONE	E' IN GRADO DI STABILIRE CONTATTI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	E' IN GRADO DI ESPRIMERE BISOGNI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	NON E' IN GRADO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



Casa di Riposo "Benedetto Albertini"

Via del Donatore di Sanguine n. 4 – 37063 Isola della Scala (VR)

Med. -001

VESTIZIONE

DEVE ESSERE VESTITO SI NO

DEVE ESSERE AIUTATO SI NO

SI ARRANGIA DA SOLO SI NO

ALIMENTAZIONE

MANGIA DA SOLO SI NO

DEVE ESSERE AIUTATO SI NO

DEVE ESSERE ALIMENTATO SI NO

per bocca SI NO

via endovena SI NO

con sondino SI NO

altro (specificare) _____ SI NO

PULIZIA

FA IL BAGNO DA SOLO SI NO

FA IL BIDÈ DA SOLO SI NO

DEVE SEMPRE ESSERE AIUTATO SI NO

E' COSCIENTE DI ENTRARE IN CASA DI RIPOSO SI NO



Casa di Riposo "Benedetto Albertini"

Via del Donatore di Sangue n. 4 – 37063 Isola della Scala (VR)

Med. -001

ANAMNESI

HA ALLERGIA AI FARMACI O AD ALTRE SOSTANZE CONOSCIUTE ?

SI

NO

QUALI ?

HA PIAGHE DA DECUBITO ?

SI

NO

SE SI DOVE ?

HA AVUTO MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO ?

SI

NO

QUALI ?

COME E DOVE E' STATO CURATO ?

HA AVUTO MALATTIE AI RENI O ALL'APPARATO URINARIO ?

SI

NO

QUALI ?

HA AVUTO MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE ?

SI

NO

QUALI ?

HA AVUTO MALATTIE CARDIACHE ?

SI

NO

QUALI ?

E' PORTATORE DI :



Casa di Riposo "Benedetto Albertini"

Via del Donatore di Sangue n. 4 – 37063 Isola della Scala (VR)

Med. -001

HA AVUTO ALTRE MALATTIE NON SEGNALATE SOPRA ?

 SI NO

QUALI ?

HA AVUTO OPERAZIONI ?

CHIRURGICHE

 SI

NO quali ? _____

GINECOLOGICHE

 SI

NO quali ? _____

ORTOPEDICHE

 SI

NO quali ? _____

HA MAI SOFFERTO DI DISTURBI PSICHIATRICI E NEUROLOGICI ?

 SI NO

QUALI ?

DA CHI E DOVE E' STATO CURATO?

QUAL E' LA MALATTIA PER LA QUALE VIENE RICHIESTO IL RICOVERO
IN CASA DI RIPOSO ?

TERAPIA ATTUALE

SI ATTESTA CHE LA PERSONA E'

AUTOSUFFICIENTE

NON AUTOSUFFICIENTE

LI, _____

(timbro e firma del medico che ha redatto il presente questionario)