



Città di Pioltello

20096 - Via Carlo Cattaneo, 1

C.F. 83501410159 - P. IVA 00870010154

SETTORE SERVIZI ALLA PERSONA
Area Anziani e Disabili, Sezione Servizi Sociali

☎(02) 923.66.101
Fax (02) 92.161.258

allegato III

approvato con delibera del Commissario Straordinario n. 90 del 03.12.2015

QUESTIONARIO MEDICO

Sig/Sig.ra

Nato/a a

il

Abitante a

Via

Evento indice:

Data dell'evento indice:

Diagnosi principale:

Altre diagnosi:

Anamnesi patologia remota:

Anamnesi patologia prossima:

Altri problemi clinici

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nessuno | <input type="checkbox"/> portatore di ano praeternaturale |
| <input type="checkbox"/> radioterapia | <input type="checkbox"/> malattie della pelle o dermatiti |
| <input type="checkbox"/> trattamento emodiliaco | <input type="checkbox"/> tracheotomia |
| <input type="checkbox"/> trattamento dialitico peritoneale | <input type="checkbox"/> chemioterapia |
| <input type="checkbox"/> portatore catetere vescicale | |
| <input type="checkbox"/> altro | |

Compenso cardio-circolatorio

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> soddisfacente | <input type="checkbox"/> in compenso farmacologico | <input type="checkbox"/> scompensato |
| <input type="checkbox"/> altro | | |

Autonomia respiratoria

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> nessuno problema | | |
| <input type="checkbox"/> necessita di ossigeno terapia: | <input type="checkbox"/> O ₂ liquido | <input type="checkbox"/> O ₂ gassoso |
| <input type="checkbox"/> respira con ventilatore | <input type="checkbox"/> necessita di bronco aspirazione | <input type="checkbox"/> in compenso farmacologico |

Vista e udito

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> normale | | |
| <input type="checkbox"/> grave deficit uditivo non correggibile | <input type="checkbox"/> deficit uditivo corretto da protesi in uso | |
| <input type="checkbox"/> grave deficit visivo non correggibile | <input type="checkbox"/> deficit visivo corretto occhiali in uso | |
| <input type="checkbox"/> sordità completa | <input type="checkbox"/> cecità completa | |



Città di Pioltello

20096 - Via Carlo Cattaneo, 1

C.F. 83501410159 - P. IVA 00870010154

SETTORE SERVIZI ALLA PERSONA
Area Anziani e Disabili, Sezione Servizi Sociali

☎(02) 923.66.101
Fax (02) 92.161.258

Disturbi comportamentali e psichiatrici

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> nessuno | <input type="checkbox"/> in cura presso servizi psichiatrici |
| <input type="checkbox"/> vagabondaggio | |
| <input type="checkbox"/> ansia | <input type="checkbox"/> depressione |
| <input type="checkbox"/> deliri (di persecuzione, di gelosia, ecc) | <input type="checkbox"/> allucinazioni |
| <input type="checkbox"/> urla, lamentazioni o vocalismi ripetitivi | <input type="checkbox"/> agitazione psicomotoria diurna |
| <input type="checkbox"/> rifiuto dell'assistenza nelle attività della vita quotidiana | |
| <input type="checkbox"/> auto aggressività: <input type="checkbox"/> eccezionalmente <input type="checkbox"/> ricorrente, con frequenza | |
| <input type="checkbox"/> etero aggressività: <input type="checkbox"/> eccezionalmente <input type="checkbox"/> ricorrente, con frequenza | |

Alterazioni neurologiche

- | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> epilessia | <input type="checkbox"/> spasticità | <input type="checkbox"/> paraplegia | <input type="checkbox"/> tetraplegia | <input type="checkbox"/> emiparesi |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|

Linguaggio

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> espressione verbale normale | <input type="checkbox"/> disartria |
| <input type="checkbox"/> afasia con buona comprensione | <input type="checkbox"/> afasia globale |
| <input type="checkbox"/> parola frase | <input type="checkbox"/> balbuzie |
| <input type="checkbox"/> ecolalia | <input type="checkbox"/> mutismo |

Controllo sfinterico

- | | | |
|---|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> presente con evacuazione naturale | | |
| <input type="checkbox"/> controllo sfinterico parziale | <input type="checkbox"/> minzione | <input type="checkbox"/> defecazione |
| <input type="checkbox"/> evacuazione supportata (operatore) | <input type="checkbox"/> minzione | <input type="checkbox"/> defecazione |
| <input type="checkbox"/> evacuazione assistita (Infermiere) | <input type="checkbox"/> minzione | <input type="checkbox"/> defecazione |
| <input type="checkbox"/> incontinenza urinaria | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si (pannolone) |
| <input type="checkbox"/> incontinenza fecale | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si |

Mobilità

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> cammina autonomamente senza aiuto | <input type="checkbox"/> necessita di aiuto |
| <input type="checkbox"/> cammina e si sposta con ausili | <input type="checkbox"/> quali _____ <input type="checkbox"/> necessita di assistenza nell'uso di ausili |
| <input type="checkbox"/> uso di mezzi di protezione e tutela: | |
| <input type="checkbox"/> Corsetti con bretelle | <input type="checkbox"/> Corsetti con cintura pelvica |
| <input type="checkbox"/> Bracciali per polsi e caviglie | <input type="checkbox"/> Cintola pelvica |
| <input type="checkbox"/> Cintura per carrozzina o sedia | <input type="checkbox"/> Sedia a rotelle con piano d'appoggio fisso |
| <input type="checkbox"/> Tempi di controllo _____ | <input type="checkbox"/> |
| Tempi dedicati al movimento _____ | |

Medicazioni e controlli infermieristici

- | | |
|---|---------|
| <input type="checkbox"/> lesioni da decubito localizzazione _____ | stadio. |
| <input type="checkbox"/> ulcerazioni della pelle | |
| <input type="checkbox"/> altre medicazioni o controlli | |



Città di Pioltello

20096 - Via Carlo Cattaneo, 1

C.F. 83501410159 - P. IVA 00870010154

SETTORE SERVIZI ALLA PERSONA
Area Anziani e Disabili, Sezione Servizi Sociali

☎(02) 923.66.101
Fax (02) 92.161.258

Terapia riabilitative effettuate

No Sì, con risultato

Note:

E' esente da malattie infettive e può vivere in comunità ovvero è esente da malattie che possono essere trasmesse ad altri soggetti frequentanti e al personale ?

Sì No, perché

Problemi e condizioni correlate all'alimentazione

stato nutrizionale soddisfacente

E' in grado di mangiare da solo:

No, deve essere imboccato Collabora ma necessita di aiuto E' completamente autonomo

cibi frullati cibi omogeneizzati

obesità malnutrizione rifiuto del cibo

disfagia nutrizione enterale per PEG nutrizione per sondino nutrizione parenterale totale

altro

Allergie e intolleranze alimentari conosciute

Allergie a farmaci

No Sì, a quali

Terapie farmacologiche in corso (indicare il farmaco in uso, l'ora e la posologia)

Ora	Farmaco	Posologia

Stato di buona salute

Sussistono controindicazioni evidenti alla pratica di attività sportiva non agonistica? no sì

Il presente Questionario Medico ha validità di un anno dalla data del rilascio.

Data _____

Timbro e firma del MMG