

Sig./ra _____ Cell. _____

Data di nascita _____ Tessera sanitaria _____ Data compilazione _____

Sez. 1 PATOLOGIE presenti e giudizio di gravità *

	1	2	3	4	5	NOTE
	Assente	Lieve	Moderato	Grave	Molto Grave	
Patologie cardiache Specificare: _____						
Ipertensione arteriosa Specificare: _____						
Patologie vascolari Specificare: _____						
Patologie respiratorie Specificare: _____						
Vista, udito, naso, gola, laringe Specificare: _____						
Apparato gastro enterico superiore Specificare: _____						
Apparato gastroenterico inferiore Specificare: _____						
Patologie epatiche Specificare: _____						
Patologie renali Specificare: _____						
Altre patologie genito urinarie Specificare: _____						
Sistema muscolo scheletrico e Cute Specificare: _____						
Patologie neurologiche centrali e periferiche (escluse le demenze) Specificare: _____						

	1	2	3	4	5	NOTE
	Assente	Lieve	Moderato	Grave	Molto Grave	
Patologie endocrino metaboliche (incluse infezioni, sepsi e stati tossici) Specificare: _____						
Patologie psichiatrico comportamentali (incluse le demenze) Specificare: _____						

***CIRS (CUMULATIVE ILLNESS RATING SCALE) – A CURA DEL PERSONALE MEDICO**

1=Assente; nessuna compromissione d'organo/sistema. **2=lieve;** la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività, il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente. **3= Moderato;** la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario, la prognosi è buona. **4=Grave;** la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona. **5=Molto grave;** la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza il trattamento è urgente, la prognosi è grave.

Sez. 2 ALTRI PROBLEMI CLINICI, FUNZIONALI, ASSISTENZIALI

Cadute negli ultimi 3 mesi

- Nessuna
 1 – 3 volte
 Più di tre volte

Terapia farmacologica in corso (indicare il farmaco in uso e la posologia)

- | | |
|---------|---------|
| ▪ _____ | ▪ _____ |
| ▪ _____ | ▪ _____ |
| ▪ _____ | ▪ _____ |
| ▪ _____ | ▪ _____ |
| ▪ _____ | ▪ _____ |

Intolleranze, Allergie alimentari

- NO
 SI quali?
-

Allergie a farmaci

- NO
 SI quali?
-

DA ALLEGARE ESAMI EFFETTUATI RECENTEMENTE:

- **ESAMI EMATOCHIMICI** (*emocromo, funzionalità renale ed epatica*)
- **ECG**

- **Il soggetto fa uso di ausili?:** NO SI

Se SI quali: _____

Il soggetto è esente allo stato attuale da malattie infettive e contagiose che ostacolano il vivere in comunità?

SI NO

Eventuali note _____

Timbro e firma del Medico

Telefono

Il sottoscritto ovvero il care giver afferma di aver fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito ai dati anamnestici, conscio delle sanzioni a cui va incontro in caso di infedele dichiarazione.

In fede, il Dichiarante _____ (in caso di persona diversa del paziente specificare relazione con il/la paziente ovvero grado di parentela)