

NOME **COGNOME**

DATI ANAMNESTICI

REMOTI
 ATTUALI
 TERAPIA IN ATTO VEDI SCHEDA ALLEGATA
 DIAGNOSI DI RICOVERO
 MALATTIA INSORTA IL

EVOLUZIONE	<table border="1"><tr><td>si</td><td>no</td></tr></table>	si	no	MIGLIORATA	<table border="1"><tr><td>si</td><td>no</td></tr></table>	si	no
si	no						
si	no						
STAZIONARIA	<table border="1"><tr><td>si</td><td>no</td></tr></table>	si	no	PEGGIORATA	<table border="1"><tr><td>si</td><td>no</td></tr></table>	si	no
si	no						
si	no						

STATO ATTUALE (barrare la casella che interessa)

DIPENDENZA	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			ALVO E DIURESI	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
AUTOSUFFICIENTE	<table border="1"><tr><td>si</td><td>no</td></tr></table>	si	no	CONTINENTE	<table border="1"><tr><td>si</td><td>no</td></tr></table>	si	no
si	no						
si	no						
DIPENDENZA PARZIALE	<table border="1"><tr><td>si</td><td>no</td></tr></table>	si	no	INCONTINENZA FECI	<table border="1"><tr><td>si</td><td>no</td></tr></table>	si	no
si	no						
si	no						
DIPENDENZA TOTALE	<table border="1"><tr><td>si</td><td>no</td></tr></table>	si	no	INCONTINENZA URINA	<table border="1"><tr><td>si</td><td>no</td></tr></table>	si	no
si	no						
si	no						
		CATETERE	<table border="1"><tr><td>si</td><td>no</td></tr></table>	si	no		
si	no						
		STOMIA	<table border="1"><tr><td>si</td><td>no</td></tr></table>	si	no		
si	no						

VISUS
 UDITO

SI ALIMENTA DA SE'	<table border="1"><tr><td>si</td><td>no</td></tr></table>	si	no	STATO MENTALE:	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
si	no						
SI VESTE DA SE'	<table border="1"><tr><td>si</td><td>no</td></tr></table>	si	no	NORMALE	<table border="1"><tr><td>si</td><td>no</td></tr></table>	si	no
si	no						
si	no						
DEAMBULA CON APPOGGIO	<table border="1"><tr><td>si</td><td>no</td></tr></table>	si	no	DEPRESSO	<table border="1"><tr><td>si</td><td>no</td></tr></table>	si	no
si	no						
si	no						
SIEDE SENZA APPOGGIO	<table border="1"><tr><td>si</td><td>no</td></tr></table>	si	no	ANSIOSO	<table border="1"><tr><td>si</td><td>no</td></tr></table>	si	no
si	no						
si	no						
SIEDE CON APPOGGIO	<table border="1"><tr><td>si</td><td>no</td></tr></table>	si	no	DISORIENTATO	<table border="1"><tr><td>si</td><td>no</td></tr></table>	si	no
si	no						
si	no						
DECUBITI LIEVI	<table border="1"><tr><td>si</td><td>no</td></tr></table>	si	no	AGGRESSIVO	<table border="1"><tr><td>si</td><td>no</td></tr></table>	si	no
si	no						
si	no						
DECUBITI GRAVI	<table border="1"><tr><td>si</td><td>no</td></tr></table>	si	no	DEMENZIALE	<table border="1"><tr><td>si</td><td>no</td></tr></table>	si	no
si	no						
si	no						

ALTRE NOTIZIE EVENTUALI

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO