

**MODULO INFORMATIVO SULLE CONDIZIONI CLINICHE DEL PAZIENTE**

(N.B. si accetta il paziente se le condizioni cliniche all'ingresso corrispondono alle notizie riportate)

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

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Provenienza	Ospedale <input type="checkbox"/>	Reparto _____
		Recapito _____
	Domicilio <input type="checkbox"/>	Recapito _____

 Diagnosi \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

 Tipo di menomazione \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

 Comorbidità associate \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

 Stato di coscienza:    Vigile     Torpore     Sopore     Coma     Grado \_\_\_\_\_

Afasia	Si <input type="checkbox"/>	Comprensione	Buona <input type="checkbox"/>	Compromessa <input type="checkbox"/>
		Espressione	Buona <input type="checkbox"/>	Compromessa <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>			

 Postura:                    Supina     Prona     Seduta     Eretta     Deambulazione Si / No

Deambulazione	Si <input type="checkbox"/>	Con ausilio <input type="checkbox"/>	Tipologia di ausilio _____
		Senza <input type="checkbox"/>	
	No <input type="checkbox"/>		

Piaghe da decubito	Si <input type="checkbox"/>	Numero ____ Sede ____ Dimensione ____ Grado _____
	No <input type="checkbox"/>	

Alimentazione	Per OS (consistenza _____) <input type="checkbox"/> Sondino n-g <input type="checkbox"/> Parenterale <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/>
Respirazione	Spontanea <input type="checkbox"/> Assistita <input type="checkbox"/> O2- Terapia <input type="checkbox"/>
Emogasanalisi	pH_____    pCO2_____    pO2_____    Sat O2_____

Trachestoma	Si <input type="checkbox"/>	Tipologia di cannula _____
		Data ultima sostituzione ____/____/____
		Infezione allo stoma tracheale            Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>	

Diuresi	Catetere <input type="checkbox"/>	Tipologia _____
		Diametro _____
		Data ultima sostituzione ___/___/_____
	Autonoma <input type="checkbox"/>	

**PARAMETRI VITALI**

- Pressione arteriosa \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_
- Freq. Cardiaca \_\_\_\_\_bpm Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_
- Temp. Corporea \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Terapia farmacologica in corso \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

*È indispensabile inviare (a [rd1@centroaries.it](mailto:rd1@centroaries.it)) fotocopia degli esami ematochimici di routine più recenti praticati*

Esami ematochimici (data e referto) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

TAC (data e referto) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

RMN (data e referto) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ECG (data e referto) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

RX Torace (data e referto) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Altro (data e referto) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma e Timbro della Struttura che dimette