



**DEAMBULAZIONE:**

normale  
 cammina con aiuto e assistenza  
 presenta rischio di caduta  
 costretto a letto, poltrona o carrozzella

Nota \_\_\_\_\_

**INCONTINENZA**

si no

Urinaria	saltuaria	permanente
Fecale	saltuaria	permanente
	catetere vescicole	colostomia

Nota \_\_\_\_\_

**ALIMENTAZIONE:**

autonoma  
 deve essere imboccato  
 presenta disfagia  
 presenza di PEG

Presenza di magrezza patologica si no

Nota \_\_\_\_\_

**DISTURBI MOTORI:**

Paralisi/paresi di \_\_\_\_\_

Instabilità motoria	si	no
Deficit equilibrio	si	no
Tendenza alle cadute	si	no

Nota \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE PSICO-RELAZIONALE:**

Disturbi importanti della memoria	si	no
Orientamento tempo/spaziale	normale	patologico
Episodi di disorientamento t/s	si	no
Disorientamento costante	si	no
Disturbi della parola	si	no
Disturbi della comunicazione	si	no

Nota \_\_\_\_\_

**DISTURBI DEL COMPORTAMENTO:**

Agitazione psico-motoria	costante	saltuaria
Aggressività	verbale	fisica
Deambulazione afinalistica	fughe	wandering
Insonnia		
Inversione del ritmo sonno/veglia		

Utilizzo \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ psicofarmaci \_\_\_\_\_ (specificare)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TONO DELL'UMORE** \_\_\_\_\_ normale \_\_\_\_\_ depresso \_\_\_\_\_  
euforico \_\_\_\_\_  
Pratica o ha praticato terapie antidepressive \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
Nota \_\_\_\_\_

**PRESENZA DI LESIONI CUTANEE** \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
Sedi e attuali medicazioni \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ALLERGIE** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OSSERVAZIONI**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Data di compilazione \_\_\_\_\_ Timbro e firma \_\_\_\_\_  
leggibile \_\_\_\_\_ MMG/Medico Curante \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_