

## ALLEGATO B

Scheda di rilevazione delle condizioni psico-fisiche

NOME	COGNOME

### CONDIZIONI GENERALI

E' in grado di collaborare	SI	NO
Necessità di assistenza generica	SI	NO
Necessità di assistenza infermieristica	SI	NO

### STATO PSICHICO

Psiche integra	SI	NO
Fasi di confusione	SI	NO
Fasi di disorientamento	SI	NO
Agitazione psicomotoria	SI	NO
Forme di aggressività	SI	NO
Wandering <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave	SI	NO

### RESPIRAZIONE

Autonoma	SI	NO
Ossigenoterapia	SI	NO
Tracheostomia	SI	NO

### CUTE

Integra	SI	NO
Presenza di lesioni	SI	NO

**MOBILITA'**

Sale e scende le scale	SI	NO
Cammina da solo	SI	NO
Cammina con aiuto	SI	NO
Cammina con ausili	SI	NO
Si sposta in carrozzina	SI	NO
Allettato	SI	NO

**GRADO DI AUTONOMIA**

Si veste da solo	SI	NO
Igiene personale	SI	NO
Utilizza servizi igienici autonomamente	SI	NO

**ALIMENTAZIONE**

Autonoma	SI	NO
Enterale (SNG-PEG)	SI	NO
Parenterale (CVC-PIC)	SI	NO
Intolleranza alimentari	SI	NO
Diete Speciali	SI	NO
Diabete	SI	NO

**ELIMINAZIONE**

Incontinenza urinaria	SI	NO
Incontinenza fecale	SI	NO
Catetere Vescicale	SI	NO

**FUNZIONI SENSORIALI**

Cecità	SI	NO
Sordità	SI	NO
Capacità di comunicare	SI	NO

JESI.....

Timbro e firma del Medico