

E' autonomo?

nell'igiene personale.....

nel vestirsi.....

nell'alimentazione.....

nella deambulazione.....**possibile con**.....

ha permesso di carico parziale.....**totale**.....

Continenza sfinterica:

vescicale	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	anale	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
catetere	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	stomia	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

Trofismo cutaneo e presenza di eventuali piaghe da decubito con indicazione dettagliata della sede ed estensione.....

Precedenti ricoveri in questa struttura.....

.....

Terapia in atto.....

.....

.....

.....

.....

Luogo e data

In fede (timbro e firma del Medico)

.....

.....

Familiare/Caregiver a cui fare riferimento per eventuali comunicazioni inerenti il paziente:

Cognome.....**Nome**.....

Residente in.....**telefono**.....

Grado di parentela.....

Dichiara di essere consapevole che il ricovero del paziente si pro-
trarrà per il tempo necessario in base alla valutazione clinica
(firma ed indirizzo leggibili)

.....